MIHAI MARIAN
– coordonator –

CARMEN BORA
LETIȚIA FILIMON
AUGUSTINA ILISIE
ADINA MANEA
MIHAELA POPA
GABRIEL ROȘEANU
ZSUZSANNA SZABO
SIMONA TRIP

PSIHOTERAPII
teorii, metode, intervenție

Ediția a III - a

EDITURA UNIVERSITĂȚII DIN ORADEA
2011

Mihai Marian	Capitolele	I; IV; V.1-6; VI.1-3
Letiția Filimon	Capitolele	II; XIII
Adina Manea	Capitolele	III; VI.4; VII
Gabriel Roșeanu	Capitolele	V.2.1; V.7; VI.5; VI.7
Simona Trip	Subcapitolul	VI.6
Carmen Bora	Subcapitolul	VI.6
Augustina Ilisie	Capitolele	VIII; X; XI
Mihaela Popa	Capitolul	IX
Zsuzsanna Szabo	Capitolul	XII

Desen copertă:
Henriette Hava

Proiect copertă:
Gabriel Roșeanu

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
Psihoterapii : teorii, metode, intervenție / Marian Mihai (coord.), Filimon Letiția, Szabo Zsuzsanna, Trip Simona. - Ed. a 3-a, rev. - Oradea : Editura Universității din Oradea, 2011
Bibliogr.
ISBN 978-606-10-0344-0

I. Marian, Mihai Ion
II. Filimon, Letiția
III. Szabo, Zsuzsanna
IV. Trip, Simona

615.851

Editura Universității din Oradea
Oradea, Str. Universității nr. 1 OP 1 , CP 114
E-mail: editura@uoradea.ro
Editura Universității din Oradea este recunoscută de CNCSIS, cod 149.
CIP nr. 00907/ 13.01.2011

Toate drepturile rezervate. Reproducerea integrală sau parțială a textului fără acordul autorilor, transmiterea în orice formă sau prin orice mijloace, electronic, fotocopiere, înregistrare sau altă natură este interzisă.

ISBN : 978-606-10-0344-0

CUPRINS

Prefaţă **10**
Autori **13**

Capitolul I
FUNDAMENTELE PSIHOTERAPIEI **14**
Mihai Marian

I.1. Istoria psihoterapiei 15
I.1.1. Abordările timpurii 15
I.1.2. Era creştină 15
I.1.3. Raţionalismul şi terapia morală 16
I.1.4. Mişcarea psihanalitică 17
I.1.5. Psihologia eului 19
I.1.6. Şcoala relaţiilor de obiect 20
I.1.7. Psihologia sinelui 21
I.1.8. Şcoli postanalitice 21
I.2. Raţiuni teoretice 23
I.2.1. Definiţii ale psihoterapiei 24
I.2.2. Obiective 26
I.3. Baze teoretice şi modele operaţionale în psihoterapie 27
I.3.1. Vulnerabilitatea pentru tulburări psihice 29
I.3.2. Metode şi tehnici în psihoterapie 30
I.3.3. Clasificarea abordărilor terapeutice 31
I.4. Probleme metodologice în abordarea psihoterapeutică 33
I.5. Eficacitatea psihoterapiei 34
I.5.1. Factori ai eficacităţii psihoterapiei 35
I.5.2. Formarea psihoterapeutului 37
I.5.3. Psihoterapia poate fi dăunătoare? 37

Capitolul II
EVALUARE ŞI DIAGNOZĂ **39**
Letiţia Filimon

II.1. Structura procesului de evaluare 40
II.2. Etape în evaluarea clinică 41
II.2.1. Evaluarea problemei pacientului 41
II.2.2. Achiziţionarea informaţiilor legate de conţinutul problemei 41
II.2.3. Colectarea datelor 41
II.2.4. Interpretarea datelor 42
II.3. Instrumente de evaluare 42
II.3.1. Interviul clinic 43
II.3.2. Liste internaţionale de verificare pentru diagnostic (International Diagnostic Checklist – IDCL) 49
II.3.3. Probe psihometrice 49

II.4. Evaluare multiaxială şi diagnoză multiplă 55

Capitolul III
ASPECTE ETICE ÎN TERAPIE ŞI CERCETARE **60**
Adina Manea

III.1. Codurile deontologice 61
III.2. Clarificarea unor termeni cheie 63
III.3. Drepturile pacientului 64
III.4. Responsabilităţile şi obligaţiile profesionale 66
III.4.1 Competenţa profesională 66
III.4.2. Datoria de a proteja potenţialele victime 67
III.4.3. Datoria de a proteja pacienţii cu tendinţe de suicid 67
III.5. Malpraxis 68
III.6. Relaţiile între profesionişti 70
III.7. Particularităţi ale relaţiei pacient – terapeut 70
III.7.1. Relaţiile sociale cu pacienţii 70
III.7.2. Atracţia sexuală în relaţia pacient – terapeut 71
III.8. Aspecte etice în cercetare 73

Capitolul IV
PSIHANALIZA **76**
Mihai Marian

IV.1. Fundamentele psihanalizei 77
IV.1.1. Abordarea dinamică 78
IV.1.2. Abordarea topografică 80
IV.2. Intervenţia terapeutică 83
IV.2.1. Principii de bază 84
IV.2.2. Procedura preliminară 85
IV.3. Tehnicile psihanalizei 85
IV.3.1. Metoda asociaţiilor libere 86
IV.3.2. Interpretările 87
IV.3.3. Analiza viselor 88
IV.3.4. Transferul 89
IV.3.5. Rezistenţa 90
IV.3.6. Analiza acţiunilor pacientului 90
IV.3.7. Contratransferul 90
IV.3.8. Prelucrări asupra materialului 91
IV.4. Analistul 91
IV.5. Limite ale psihanalizei 92
IV.6. Terapii psihodinamice contemporane 93

Capitolul V
TERAPIA COMPORTAMENTALĂ **95**
Mihai Marian şi Gabriel Roşeanu

V.1. Fundamente ale terapiei comportamentale 96
V.1.1. Baze conceptuale ale terapiei comportamentale 98

V.1.2. Condiţionarea clasică 100
V.1.3. Condiţionarea operantă 101
V.1.4. Învăţarea cognitivă 103
V.1.5. Învăţarea prin observaţie 104
V.2. Formarea tulburărilor psihice şi modelul A B C de intervenţie 104
V.2.1. Modelul A B C 107
V.3. Obiective ale terapiei comportamentale 109
V.4. Relaţia terapeutică 110
V.5. Strategii terapeutice şi tehnici de lucru 111
V.5.1. Analiza comportamentului 111
V.5.2. Condiţionarea clasică – tehnici 111
V.5.3. Extincţia şi reluarea spontană a comportamentului 115
V.5.4. Comportamente apetitive 116
V.5.5. Modelarea 117
V.5.6. Dezvoltarea de noi comportamente adaptative 120
V.5.7. Antrenamentul asertiv 121
V.5.8. Procesul schimbării în terapie 122
V.6. Limite ale terapiei comportamentale 122
V.6.1. Critici 122
V.7. Relaxarea 123
V.7.1. Principii generale aplicabile tuturor tehnicilor de relaxare 125
V.7.2. Poziţii pentru relaxare 128
V.7.3. Relaxarea progresivă (R.P.J.) 129
V.7.4. Respiraţia relaxată 131
V.7.5. Vizualizarea 131
V.7.6. Clarificări aplicative ale tehnicilor de relaxare 133

Capitolul VI
TERAPII COGNITIV-COMPORTAMENTALE **134**
Mihai Marian , Simona Trip , Gabriel Roşeanu ,
Carmen Bora şi Adina Manea

VI.1. Fundamente ale terapiilor cognitiv – comportamentale 136
VI.2. Terapia Cognitivă 140
VI.2.1. Fundamente ale terapiei cognitive 140
VI.2.2. Conceptualizarea sănătăţii şi a tulburărilor psihice 142
VI.2.3. Prelucrarea informaţiei 142
VI.2.4. Gândurile automate negative 143
VI.2.5. Schema cognitivă 144
VI.2.6. Formarea tulburărilor psihice 145
VI.2.7. Obiective ale terapiei cognitive 145
VI.2.8. Stilul terapeutic 146
VI.2.9. Strategii terapeutice şi tehnici de intervenţie 148
VI.2.10. Procesul schimbării în terapia cognitivă 152
VI.2.11. Limite ale terapiei cognitive 153
VI.3. Antrenamentul de Inoculare a Stresului (S.I.T.) 154
VI.3.1. Training-ul autoinstrucţional 155
VI.3.2. Restructurarea cognitivă 157

VI.3.3. Eficacitatea tratamentului 159
VI.4. Training-ul rezolvării de probleme 160
VI.4.1. Fazele procesului rezolutiv 161
VI.5. Terapia Raţional - Emotivă şi Comportamentală 165
VI.5.1. Aspecte teoretice 165
VI.5.2. Modelul A. B. C. D. 165
VI.5.3. Nivele ale cogniţiilor 170
VI.5.4. Achiziţionarea şi perpetuarea credinţelor iraţionale 170
VI.5.5. Clasificări ale credinţelor iraţionale 171
VI.5.6. Psihopatologia din perspectiva R.E.B.T. 173
VI.5.7. Obiectivele R.E.B.T. şi schimbarea terapeutică 174
VI.5.8. Stilul terapeutic 175
VI.5.9. Relaţia terapeutică 175
VI.5.10. Tehnici şi strategii de intervenţie 176
VI.5.11. Limite ale R.E.B.T. 179
VI.6. Educaţia Raţional Emotivă şi Comportamentală 181
VI.6.1. Caracteristici 181
VI.6.2. Programe de educaţie raţional emotivă 182
VI.6.3. Aplicaţii ale educaţiei raţional - emotive şi comportamentale pentru elevi 185
VI.6.4. Aplicaţii ale educaţiei raţional-emotive şi comportamentale pentru părinţi 189
VI.6.5. Aplicaţii ale educaţiei raţional-emotive şi comportamentale pentru profesori 193
VI.7. Terapia Schemei 198
VI.7.1. Aspecte teoretice 198
VI.7.2. Caracteristici esenţiale ale schemelor 203
VI.7.3. Originea schemelor 204
VI.7.4. Operaţiile schemelor 206
VI.7.5. Stiluri de coping şi comportamente dezadaptative 206
VI.7.6. Obiectivele terapiei schemei 208
VI.7.7. Procesul terapeutic 208
VI.7.8. Etapa de evaluare şi educare 209
VI.7.9. Etapa de schimbare 209
VI.7.10. Relaţia terapeutică 213
VI.7.11. Limite ale terapiei schemei 213

Capitolul VII
TERAPIA CONSTRUCTIVISTĂ **215**
Adina Manea

VII.1. Dezvoltarea terapiei 216
VII.2. Teorie şi concepte de bază 218
VII.2.1. A construi şi a reconstrui 218
VII.2.2. Natura tulburărilor psihice 220
VII.3. Practica terapeutică 221
VII.3.1. Caracteristici ale terapiei 222
VII.3.2. Obiectivele terapiei de construct 223

VII.3.3. Relaţia terapeutică 224
VII.3.4. Definirea problemei 225
VII.3.5. Procesul de schimbare 225
VII.4. Tehnici şi strategii terapeutice 226
VII.4.1 Tehnici de evaluare în terapia constructivistă 226
VII.4.2. Tehnica autocaracterizării 227
VII.4.3. Grila repertorială 228
VII.4.4. Tehnica rolului stabilit (A.B.C.) 229
VII.5. Condiţii pentru crearea de noi constructe 229
VII.6. Care pacienţi beneficiază cel mai mult 231
VII.7. Critici aduse teoriei şi terapiei constructiviste 232

Capitolul VIII
TERAPIA CENTRATĂ PE SOLUŢII 233
Augustina Ilisie

VIII.1. Aspecte teoretice / premise 234
VIII.1.1. Principii practice 235
VIII.2. Intervenţia terapeutică 235
VIII.2.1. Stabilirea obiectivelor 236
VIII.2.2. Întrebarea „magică" 237
VIII.2.3. Identificarea situaţiei „excepţie" 238
VIII.2.4. Monitorizarea progresului 238
VIII.2.5. Feedback-ul 239
VIII.2.6. Strategii terapeutice 240
VIII.3. Aplicabilitatea terapiei 241
VIII.4. Relaţia terapeutică 242
VIII.5. Caracteristicile pacienţilor 243
VIII.6. Tendinţe 244

Capitolul IX
TERAPIA CENTRATĂ PE PERSOANĂ 245
Mihaela Popa

IX.1. Dezvoltarea teoriei 246
IX.2. Concepte de bază 247
IX.2.1. Tendinţa de actualizare: a da tot ce avem mai bun din noi 248
IX.2.2. Dezvoltarea conceptului de Sine – a învăţa cine suntem 248
IX.2.3. Pierderea încrederii în sine şi sursa distresului 249
IX.2.4. Transformarea distresului 251
IX.3. Practica terapeutică 252
IX.3.1. Rolul terapeutului 252
IX.3.2. Aranjamentele necesare 252
IX.3.3. Relaţia client – terapeut 252
IX.4. Procesul terapeutic 255
IX.4.1. Cum este experimentat procesul terapeutic de către client 255
IX.4.2. Transformări sau modificări caracteristice care au loc în procesul terapeutic 257
IX.5. Aplicabilitate terapiei 263

Capitolul X
ANALIZA TRANZACŢIONALĂ **265**
Augustina Ilisie

X.1. Teoria Analizei Tranzacţionale 266
X.1.1. Structura personalităţii 266
X.2. Tranzacţiile psihologice 272
X.2.1. Jocurile psihologice 275
X.2.2. Scenariul de viaţă 277
X.3. Psihopatologia 278
X.4. Intervenţia terapeutică 279
X.4.1. Strategiile terapeutice 280
X.4.2. Relaţia terapeutică 282
X.5. Limite şi tendinţe 282

Capitolul XI
TERAPIA EXISTENŢIALISTĂ **283**
Augustina Ilisie

XI.1. Teoria personalităţii 284
XI.2. Teoria psihopatologiei 287
XI.2.1. Relaţia terapeutică 289
XI.2.2. Intervenţia terapeutică 289
XI.2.3. Practica terapeutică 291
XI.3. Logoterapia 292
XI.3.1. Strategii terapeutice 293
XI.3.2. Limite 295
XI.4. Gestalt-terapia 296
XI.4.1. Influenţe filosofice 296
XI.4.2. Baze teoretice 297
XI.4.3. Blocajele conştiinţei 297
XI.4.4. Obiectivele terapiei 299
XI.4.5. Strategii terapeutice 300
XI.4.6. Relaţia terapeutică 304
XI.4.7. Formatul şedinţelor 305
XI.4.8. Limite 305
XI.4.9. Tendinţe 306
XI.5. Perspective 306

Capitolul XII
TERAPIA FEMINISTĂ **307**
Zsuzsanna Szabo

XII.1. Fundamentele terapiei feministe 308
XII.1.1. Trăsături generale ale terapiei feministe 309
XII.2. Coduri etice şi principii ale terapiei feministe 311
XII.3. Tehnici ale terapiei feministe în practica psihologică 313
XII.3.1. Analiza rolului de gen 314

XII.3.2. Analiza puterii 315
XII.3.3. Trainingul asertiv 315
XII.3.4. Reîncadrare şi reetichetare 316
XII.4. Aplicaţii ale terapiei feministe în cadrul altor terapii 316
XII.4.1. Terapia psihanalitică feministă 317
XII.4.2. Terapia feministă cognitivă şi comportamentală 317
XII.4.3. Terapia feministă gestaltistă 317
XII.4.4. Terapia feministă de familie 318
XII.5. Consideraţii finale 319

Capitolul XIII
TERAPIA DE GRUP **320**
Letiţia Filimon

XIII.1. Evoluţia terapiei de grup 321
XIII.2. Modele teoretice 322
XIII.3. Principii generale ale terapiei de grup 322
XIII.3.1. Contractul terapeutic 322
XIII.3.2. Operaţii terapeutice 323
XIII.3.3. Legătura terapeutică 325
XIII.3.4. Relaţiile intrapersonale 325
XIII.3.5. Impactul în sesiune 325
XIII.4. Educarea şi pregătirea clienţilor pentru terapia de grup 327
XIII.4.1. Informaţii oferite clienţilor 327
XIII.5. Program de intervenţie 333
XIII.5.1. Criterii în alcătuirea unui program de grup 333
XIII.5.2. Grupul antidepresiv interpersonal 334
XIII.6. Cercetări privind terapia de grup 340

Bibliografie **342**

Prefaţă

Psihoterapia a fost un tratament esenţial în domeniul sănătăţii întrucât a dezvoltat abordări inovatoare şi tehnici de intervenţie specifice de mare importanţă întruchipate de psihanaliză şi behaviorism, la începutul secolului XX. În cursul dezvoltării sale, multe întrebări au fost ridicate cu privire la acest tratament: Ce este psihoterapia? Cum funcţionează? Care sunt formele cele mai rentabile? Cine poate practica? Care este baza ştiinţifică a acesteia? Cum conduce teoria un tratament specific? Care îi este rolul în oferta serviciilor medicale? Este un tratament complementar sau nu? Farmacoterapia în combinaţie cu psihoterapia au efectele aşteptate?

Autorii acestei cărţi s-au străduit să răspundă la întrebările mai sus menţionate. *Psihoterapii: teorii, metode, intervenţie (Ediţia a III-a)* este o lucrare comprehensivă a cunoştinţelor existente în domeniu, scrisă într-un limbaj ştiinţific, astfel încât acesta să fie accesibil profesioniştilor însă şi publicului familiarizat cu limbajul de specialitate deopotrivă. Subiectele selectate au o arie de acoperire generală (chiar dacă nu exhaustivă), cuprinzând şcolile contemporane şi abordări care au formulat tehnici de intervenţie, o formă de studiu sistematică şi măsurarea rezultatelor.

Recunoaştem faptul că psihoterapia este un proces extrem de complicat şi dificil de a fi captat pe deplin, chiar şi într-o lucrare generală, cum ar fi aceasta. Interacţiunea dintre confirmarea ştiinţifică a unei strategii particulare şi punerea efectivă în aplicare a unei tehnici terapeutice nu este întotdeauna izomorfă. Mai mult decât atât, aspectele culturale, financiare, legislative şi juridice complică şi mai mult complexitatea deja existentă a ceea ce numim în continuare psihoterapie. Cu toate acestea, complicaţiile şi complexitatea fac din psihoterapie un domeniu incitant pentru investigare. În multe privinţe, psihoterapia poate ridica mai multe întrebări decât poate oferi răspunsuri şi probabil este modul în care ar fi indicat să rămână lucrurile.

Pentru a sprijini formarea tinerilor terapeuţi pentru o „lume reală" în contextul în care constrângerile privind gestionarea sănătăţii mentale necesită accentuarea aplicării principiilor teoretice, lucrarea *„Psihoterapii: teorii, metode, intervenţie"* subliniază ferm aplicaţiile tehnice pentru fiecare abordare teoretică considerată (în ediţia a III-a) ca fiind importantă. Accentuarea tehnicilor de lucru a fost unul dintre obiectivele noastre principale în scrierea acestei cărţi pentru că recunoaştem importanţa acestora în formarea terapeuţilor dar şi pentru furnizorii de servicii sociale. În plus, ne aşteptăm ca aceştia să dorească să cunoască paradigmele care stau la baza tratamentului psihologic asigurat clienţilor ori pacienţilor.

Organizarea capitolelor şi prezentarea generală. Lucrarea cuprinde 13 capitole care acoperă 10 perspective teoretice şi abordări ale psihoterapiei şi consilierii.

În primul capitol prezentăm fundamentele teoretice şi o imagine de ansamblu asupra psihoterapiei. Primele trei capitole cuprind informaţii în legătură cu istoria, cercetarea empirică, evaluarea şi principiile etice care formează o bază pentru practica psihoterapiei şi consilierii. Capitolele 4-13 se concentrează asupra abordărilor teoretice şi terapeutice specifice. Aceste teorii şi abordări terapeutice includ:

Capitolul 4: Psihanaliza
Capitolul 5: Terapia comportamentală
Capitolul 6: Terapii cognitiv-comportamentale
Capitolul 7: Terapia constructivistă
Capitolul 8: Terapia centrată pe soluţii
Capitolul 9: Terapia centrată pe persoană
Capitolul 10: Analiza tranzacţională
Capitolul 11: Terapia existenţialistă
Capitolul 12: Terapia feministă
Capitolul 13: Terapia de grup

Capitolele 4-13 urmează, mai mult sau mai puţin, un format consecvent. În plus, faţă de periodicele „întrebări pentru reflecţie" subcapitolele includ: 1. contextul istoric, informaţii biografice şi principii teoretice; 2. o secţiune cu privire la practica fiecărei abordări teoretice, care include informaţii cu privire la obiective ale terapiei, relaţia terapeutică, strategii de evaluare şi tehnici specifice; şi 3. rezultatele cercetărilor şi limite sau critici adresate abordării terapeutice.

Nu ne place foarte mult să admitem, însă în calitate de profesori ori formatori, unii dintre colaboratorii la acest tratat consacrat psihoterapiilor, ocazional au avut studenţi şi masteranzi care declarau cu sinceritate că nu au adăugat la cunoştinţele lor teorii ale psihoterapiei, care să fie foarte relevante în activitatea profesională cotidiană. Tinerii psihoterapeuţi se plâng că „cele mai multe dintre teorii sunt moarte" şi este greu de imaginat că utilizând metoda asociaţiilor libere, analiza viselor, condiţionarea pavloviană, restructurarea cognitivă, tehnica „scaunului gol", jocul de rol şi alte tehnici, derivă din teoriile fundamentale.

Analiza conceptelor în această carte nu a urmărit întotdeauna aplicarea directă. Speranţa noastră este că cititorul îşi va face timp pentru a înţelege istoria şi diversitatea teoriilor psihologice explicative ale suferinţei umane, esenţiale pentru înţelegerea procesului de schimbare şi dezvoltare personală.

Această carte reprezintă doar o mică parte din istorie şi diversitate, însă acoperă majoritatea teoriilor care de-a lungul timpului s-au dezvoltat în cadrul culturii europene şi americane. Acoperim desigur teorii şi aplicaţii care nu vor fi în acord cu practica unor psihoterapeuţi. Considerăm că este mult mai bine să fie cunoscute şi să existe posibilitatea să fie respinse, sau integrate în sistemul de gândire al terapeutului ori a conceptualizării cazurilor clinice curente. Trecerea în revistă a informaţiilor prezentate în capitolele 4-13 va

sprijini cititorul în dezvoltarea unei abordări personale privind consilierea şi psihoterapia.

Înţelegerea acestei lucrări dedicate psihoterapiilor necesită o scufundare iniţială în teoriile explicative prezentate în debutul fiecărui capitol. Când veţi ajunge la capitolul al V-lea consacrat terapiei comportamentale încercaţi să vă schimbaţi comportamentul, apoi dacă parcurgeţi capitolul al XI-lea dedicat terapiei existenţialiste încercaţi să experimentaţi autenticitatea ori luarea deciziilor.

O cale eficientă pentru a depăşi opoziţia din noi faţă de o anumită abordare teoretică şi terapeutică este de a o învăţa şi ulterior într-o manieră inteligentă şi convingătoare să o infirmăm. Acest lucru va necesita cunoaşterea unei serii de teorii precum şi cunoaşterea propriei viziuni destul de bine. Nu putem să spunem doar „nu cred în psihanaliză şi tehnicile sale, din cauza legăturii sale cu Freud şi cu ermetismului său". În schimb, trebuie să înţelegem o teorie suficient de bine pentru a şti unde apar erorile. Încercaţi în schimb acest lucru: „Abordarea comportamentalistă poate fi utilizată în mod eficient pentru a schimba comportamente îngrijorătoare sau disfuncţionale, dar mi se pare că eu sunt mai mult existenţialist în orientare, preferând să lucrez din perspectiva libertăţii umane, adică a procesului de asumare a deciziilor sau a responsabilităţii".

Psihoterapii: teorii, metode, intervenţie ca lucrare de referinţă, poate fi utilizată de către studenţi, masteranzi şi profesioniştii din consiliere, psihoterapie, psihologie clinică, psihiatrie şi asistenţă socială în activitatea concretă, practică. De asemenea, sperăm că va fi o lucrare de interes şi pentru cei care caută informaţii despre acest domeniu aplicativ al psihologiei.

Mulţumesc pentru colaborare celor opt coautori - Letiţia Filimon, Simona Trip, Zsuzsanna Szabo, Augustina Ilisie, Adina Manea, Mihaela Popa, Gabriel Roşeanu şi Carmen Bora - care şi-au sacrificat o parte din timp şi din programul lor pentru a deveni parte a proiectului precum şi pentru efortul de cercetare depus.

Mulţumim pentru sprijin referenţilor ştiinţifici, Prof., Psy.D., Ph.D., Th.D., Sc.D. James McMahon (AEI in NYC, President MATES Foundation, Albert Ellis Institute of REBT, New York) şi prof. univ. dr. Nicolae Jurcău (Universitatea Tehnică, Cluj-Napoca) care au încurajat scrierea primelor ediţii (în 2004 şi 2006) ale acestei cărţi.

Dedicăm această lucrare colegilor noştri terapeuţi şi cercetători care fac eforturi substanţiale, zi de zi pentru a diminua suferinţele clienţilor lor.

Mihai Marian
Hălmagiu, Arad 10.01.2011

AUTORI

Letiţia Filimon
Profesor universitar doctor, Departamentul pentru Pregătirea şi Perfecţionarea Personalului Didactic, Universitatea din Oradea, Oradea, România.

Simona Trip
Conferenţiar universitar doctor, Catedra de Psihologie, Facultatea de Ştiinţe Socio-Umane, Universitatea din Oradea, Oradea, România.

Mihai Marian
Lector universitar doctor, Catedra de Psihologie, Facultatea de Ştiinţe Socio-Umane, Universitatea din Oradea, Oradea, România.
E-mail: *mmarian@uoradea.ro*

Zsuzsanna Szabo
Associate Professor, Ph.D., Department of Teacher Education, Marist College, New York, U.S.A.

Gabriel Roşeanu
Asistent universitar doctor, Catedra de Psihologie, Facultatea de Ştiinţe Socio-Umane, Universitatea din Oradea, Oradea, România.

Augustina Ilisie
Psiholog, Spitalul Clinic „Avram Iancu", Oradea, România.

Adina Manea
Psiholog, Centrul Şcolar pentru Educaţie Incluzivă Senzorială, Oradea, România.

Mihaela Popa
Psiholog, Administraţia Social Comunitară Oradea (A.S.C.O.), Oradea, România.

Carmen Bora
Consilier, doctor în psihologie, Centrul de Consiliere Psihologică, Orientare Şcolară şi Vocaţională "EgoPlus" (C.C.P.O.S.V.), Facultatea de Ştiinţe Socio-Umane, Universitatea din Oradea, Oradea, România.

Capitolul I

FUNDAMENTELE PSIHOTERAPIEI

Mihai Marian

I.1. Istoria psihoterapiei
I.1.1. Abordările timpurii
I.1.2. Era creştină
I.1.3. Raţionalismul şi terapia morală
I.1.4. Mişcarea psihanalitică
I.1.5. Psihologia eului
I.1.6. Şcoala relaţiilor de obiect
I.1.7. Psihologia sinelui
I.1.8. Şcoli postanalitice

I.2. Raţiuni teoretice
I.2.1. Definiţii ale psihoterapiei
I.2.2. Obiective

I.3. Baze teoretice şi modele operaţionale în psihoterapie
I.3.1. Vulnerabilitatea pentru tulburări psihice
I.3.2. Metode şi tehnici în psihoterapie
I.3.3. Clasificarea abordărilor terapeutice

I.4. Probleme metodologice în abordarea psihoterapeutică

I.5. Eficacitatea psihoterapiei
I.5.1. Factori ai eficacităţii psihoterapiei
I.5.2. Formarea psihoterapeutului
I.5.3. Psihoterapia poate fi dăunătoare?

I.1. ISTORIA PSIHOTERAPIEI

De la începuturile civilizaţiei, fiinţele umane au fost supuse tulburărilor de gândire, emoţionale şi de comportament. Asumpţiile societăţii moderne conform cărora originea problemelor este în minte sunt concepte relativ recente. Amplificarea ideilor actuale în legătură cu dezvoltarea psihică umană, sursele psihopatologice, locul şi natura psihoterapiei încep din cele mai vechi timpuri. Traseul acestora ne-ar conduce prin gândirea magică a Evului Mediu, raţionalismul Iluminismului, drama mişcării psihanalitice şi *aşchierea* gândirii psihanalitice, apoi spre ideile moderne în legătură cu natura distresului mental şi tratamentul acestuia.

I.1.1. Abordările timpurii

Deşi dovezile lăsate de către izvoarele istorice par să vorbească despre şamanii care se ocupau de ceea ce astăzi sunt identificate a fi boli mentale, sau medicii hinduşi care cu 1400 ani î.e.n. descriau forme diferite de nebunie prescriind bunătatea şi respectul, începuturile terapiei planificate pentru tulburările psihice probabil se află în cultura greacă. Hippocrate a fost printre primii care a văzut bolile psihice ca un fenomen natural şi îl aborda fără superstiţii.

Preoţii medici care au făcut din Aesculapius, zeul lor, credeau că poate trata prin „somn divin, sărbători divine sau performanţe sacre". În temple, numite aesculapia, preoţii medici utilizau odihna, dieta, masaj, băi, exerciţii şi o viaţă igienică pentru a atinge scopurile dorite. În particular, angajau un tip de sugestie mentală numită incubaţia: pacientul era întins pe podea pe un aşternut sau o saltea. Aesculapius dezvăluia el însuşi într-un vis cum se poate vindeca boala sau prescria tratamentul care era necesar să fie urmat. Poruncile dictate de zeu erau interpretate graţie asociaţiilor personale ale interpretului, nu ale pacientului. Hippocrate muncea probabil într-unul din aceste temple. Platon pe de altă parte sugera că tulburările psihice sunt rezultatul dragostei, marilor necazuri şi a intervenţiilor Muzelor. El recomanda efectul curativ al cuvintelor (logica) similar tradiţiei greco-romane care susţinea terapii asemănătoare (sugerau de asemenea inocularea înşelătoriei inofensive pacienţilor cu temeri nefondate) mergând până la recomandări punitive în cazurile severe. Mai târziu practicienii din Roma s-au focalizat asupra ierburilor şi asupra altor tratamente somatice. Odată cu creşterea Imperiului Roman, spiritualitatea greacă şi metodele psihologice în fond s-au stins.

I.1.2. Era creştină

În Evul Mediu se observă o evoluţie a vindecării prin credinţă, organizată teologic. În această perioadă nu exista o omogenizare a fiziologiei sau bolii, frizerii chirurgi şi dentişti practicau medicina medievală fără control sau un regulament precis. Magia şi alchimia au fost de-a lungul timpului

considerate ştiinţe, în timp ce boala mentală a fost privită frecvent ca un deficit al spiritului separat de intervenţia terapeutică.

Era creştină a dus totuşi la dezvoltarea spitalelor pornind de la motivaţii umanitare. Dogmele religioase cum ar fi răbdarea, mila şi posibilitatea de a absolvi de vinovăţie pun în mişcare un principiu vital care mai târziu va alimenta dezvoltarea precursorilor psihoterapiei. În secolul al XIII-lea Papa Innocent al III-lea iniţiază mişcarea spitalicească medievală care a adus omenia şi liniştea în tratamentul nebunilor şi nătângilor.

În 1725, călugărul franciscan Bartholomeus Anglicus (Bartholomew) scria *De Proprietatibus Rerum*, a şaptea carte a acestui tom enciclopedic ce era dedicată în întregime bolilor mentale. Pentru tratarea melancoliei, Bartholomeus Anglicus recomanda odihnă, mângâiere şi retragere pentru că orice act de gândire sau bucurie (chiar şi instrumentele muzicale) l-ar ţine ocupat pe pacient. Deşi Bartholomeus Anglicus scria pentru colegii lui franciscani, atitudinea lui era în opoziţie faţă de inchizitorii din Franţa şi ordinul dominican, care ajuta instanţele locale în contracararea cazurilor de vrăjitorie şi de multe ori îndreptate împotriva nebunilor. Forţa cruciadei Bisericii împotriva diavolului în Evul Mediu a căzut în mod disproporţionat asupra bolnavilor psihici.

I.1.3. Raţionalismul şi terapia morală

Prin 1700, intelectualismul se înrădăcinează în Europa devenind o filosofie populară. Adam Smith, Johann Wolfgang von Goethe, Jean-Jacques Rousseau şi alţi filosofi au pledat pentru dreptul omului de a-şi îmbunătăţi viaţa prin aplicarea cunoştinţelor acumulate civilizaţiei. Umanitarismul avea ca obiectiv îmbunătăţirea relaţiilor sociale, în general şi din acest motiv sancţiona problemele emoţionale şi sociale, fiind demne de a fi în atenţia filosofiei şi ştiinţei.

O curiozitate similară despre natura sufletului uman a devenit un filon important în psihologia şi neurologia timpurie. Ştiinţele medicale erau încă mult prea fragile pentru a face progrese remarcabile chiar şi în mediul propice generat de atitudinea de tipul „minte deschisă".

Pe la jumătatea secolului al XVIII-lea în Anglia, William Cullen vedea bolile ca fiind rezultat al nevrozei, inclusiv nebunia, somnambulismul, visele dureroase şi isteria. Forţele filosofice şi politice care au condus „Revoluţia Franceză" în secolul al XVIII-lea au condus de asemenea la emancipare, Philippe Pinel fiind unul dintre cei mai influenţi în cazul bolilor psihice (interzice violenţa faţă de nebuni şi deţinuţi, în favoarea persuasiunii).

În Europa şi America de Nord, secolul al XIX-lea poate fi considerat secolul azilurilor. În Germania, mai precis în Saxonia, în Schelswig şi Heidelberg au fost construite aziluri; pe de altă parte Franţa recomanda Bicêtre, Saltpêtrière şi Charenton, iar în Statele Unite tratamentele erau implementate în Bloomingdale (McLean şi Friends' Asylums). Răspândirea

terapiei morale fundamentate pe abordările Iluminismului francez şi englez, convinge un număr mare de medici că nebunia poate fi vindecată. În 1826, Dr. Eli Todd de la Retreat Hartford din Connecticut raporta vindecarea a 21 din cele 23 cazuri. Alţii raportau rezultate remarcabile în mod similar, prin urmare în baza acestui val de entuziasm au fost construite şi mai multe aziluri. În cele din urmă, statisticile au dovedit că rezultatele sunt departe de realitate, însă uşa a fost deschisă într-un mod ireversibil în ceea ce priveşte recunoaşterea bolilor mintale precum şi în ceea ce priveşte alocarea de resurse pentru tratamentul acestora. Medicii Thomas Kirkbridge şi Isaac Ray la reunirile AMSAI (*Association of Medical Superintendents of American Institutions*) predecesoare a APA (*American Psychiatric Association*) între 1844 şi 1875 au adoptat o serie de rezoluţii care cuprindeau evoluţia acestor atitudini.

Teoria celulară a bolii a lui Rudolf Vichow (1821-1902) a admis sistemul nervos ca fiind sediul activităţii somatice şi mentale aducând neurologia printre cele mai importante ramuri ale medicinii secolului al XIX-lea. Ca urmare, pacientul „nervos" a devenit recunoscut de medici primind implicit atenţia cuvenită, iar neurologii au acceptat ca pacienţi şi pe cei cu isterie. Schimbările din practica clinică au condus la mutarea pacientului în biroul medicului îndepărtându-l astfel de procedurile curente din aziluri.

Printre primii care au aplicat tratamente pacienţilor isterici au fost Jean Martin Charcot (1825-1893) şi Pierre Janet (1859-1947). În transa hipnotică, pacienţii isterici aveau acces la amintiri personale considerate a fi uitate, fapt care sugera existenţa unui tip de conştiinţă separată de cea activă în mod cotidian. Janet credea că trauma a dus la o „dezagregare psihologică", o reducere a energiei şi a barierelor psihologice, care a produs şi alte fenomene inclusiv somnambulismul, paralizia şi starea de transă.

I.1.4. Mişcarea psihanalitică

Charcot şi Janet au atras un număr mare de studenţi din Europa, printre aceştia fiind şi tânărul Sigmund Freud (1856-1939). După absolvirea Universităţii din Viena, Freud a studiat sistemul nervos având drept mentor pe Ernst Brücke. Alături de Charcot învaţă cum să aplice hipnoza în tratarea simptomelor isteriei, însă devine curând interesat de naraţiunile pacienţilor săi în transa hipnotică. Revenind în Viena împreună cu Josef Breuer stabilesc în cele din urmă o modalitate care permite pacienţilor să vorbească liber despre amintiri, modalitate de lucru care mai târziu dă naştere tehnicii asociaţiilor libere.

Prin intermediul asociaţiilor libere, Freud a mers mai departe comparativ cu perspectiva lui Janet privind disocierea şi a postulat calitatea dinamică a aparatului mintal. Evocarea amintirilor prin intermediul transei hipnotice a permis ca emoţiile reprimate să fie exprimate rezultând cel puţin o alinare tranzitorie a simptomelor. Împreună cu Breuer au făcut primii paşi în

descrierea mecanismelor acestor procese în cazurile publicate în *Studien über Hysterie* (Studii despre isterie) în 1894. În cele din urmă, Freud şi Breuer s-au despărţit datorită diferenţelor de opinie cu privire la sexualitate ca forţă motrică ce stă în spatele emoţiilor şi comportamentului.

Până în 1910, Freud a dezvoltat ideile semnificative care formau nucleul gândirii psihanalitice, astfel inconştientul era identificat ca fiind sediul celor mai multe activităţi mentale, postulează de asemenea principiul plăcerii, care conduce organismul uman pentru a maximiza plăcerea.

Pornind de la datele obţinute, Freud, extrapolează mecanismele de apărare psihologice, în plus studiază nu numai visele ci şi obsesiile, fobiile etc. În modelul topografic al minţii umane, Freud împarte activitatea mentală în trei domenii: conştient, inconştient şi preconştient. Organismul uman, postula Freud, caută să menţină o constanţă a plăcerii şi un minimum de suferinţă.

Perfecţionarea ulterioară a extins puterea teoretică şi clinică a psihanalizei prin includerea rolului distructiv şi separator al agresivităţii şi prin argumentarea modelului topografic ca model structural. Prin urmare, conflictul dintre ego şi id ar putea genera o panoplie de emoţii neplăcute şi comportamente dezadaptative (Bienenfeld, 2002; Sonnenberg şi Ursano, 2002).

Discipolii lui Freud

Ideile revoluţionare şi redutabile articulate de elocventul şi carismaticul Sigmund Freud au atras multă atenţie la nivel mondial şi poate cel mai important, un cerc dedicat de adepţi în Viena. Karl Abraham a extins ideile lui Freud despre dezvoltarea umană contribuind esenţial la explicarea formării caracterului.

Sandor Ferenczi, un adept pasionat, a fost interesat în mai mică măsură de teorie iniţiind experimentarea îmbinată cu tratamentul. Ferenczi a pledat pentru terapia activă, în care analistul să promoveze în mod deliberat sau să descurajeze activităţile specifice ale pacientului.

Disidenţii

Alte grupuri din Viena au găsit ideile lui Freud ca fiind inadecvate sau limitate şi desigur, aveau puncte de vedere diferite. În timp ce Freud visa că activitatea mentală va fi într-o zi explicabilă pe baza unor principii neurologice, opera sa a rămas exclusiv psihologică.

Alfred Adler (1870-1937) a încercat în mod activ să construiască o teorie unificatoare a fenomenelor psihologice şi biologice postulând unitatea agresivă ca fiind o sursă de energie utilizată de către individ pentru a depăşi inferioritatea organică prin compensare (complexul de inferioritate). La nivel tehnic, Alfred Adler a angajat discuţii de tip faţă în faţă cu pacienţii renunţând la asocierile libere de pe canapea unde analistul era „nevăzut" (*apud* Stein şi Edwards, 2002).

Otto Rank (1884-1939) postula că traumele suferite la naştere sunt experienţe umane universale şi prin urmare, indivizii doresc să se întoarcă la starea de bine intrauterină. Stările patologice rezultă dintr-o teamă faţă de uter şi conflictul cu dorinţa de a reveni în uter, pe de altă parte, respinge id-ul şi superego-ului, postulând existenţa voinţei.

Cel mai proeminent dintre disidenţi a fost Carl G. Jung (1875-1961). Freud a investit poate cel mai mult în Jung ca protejat şi moştenitor al operei sale asigurându-i poziţia cea mai înaltă în cadrul mişcării psihanalitice. Jung extinde principiile freudiene la idei care l-au entuziasmat în trecut, inclusiv legenda şi mitul. Freud cu siguranţă făcea acelaşi lucru invocând legenda lui Oedip şi a Electrei precum şi prin analiza operelor de artă a lui Michelangelo. Totuşi, Jung a văzut paralele sau analogii, altfel spus, o continuitate a materialului arhaic adunat în inconştientul colectiv. Acest depozit al experienţei umane conţine imagini şi arhetipuri primordiale care reprezintă moduri de gândire ce au evoluat de-a lungul secolelor. În viziunea lui Jung, opinia lui Freud era prea limitată.

Întrebări în legătură cu felul în care id-ul poate fi „domesticit" şi ceea ce se întâmplă cu energia sa, a propulsat următoarele generaţii de teoreticieni şi clinicieni care se concentrau mai mult asupra ego-ului.

I.1.5. Psihologia eului

Anna Freud (1895-1982) este considerată adesea ca fiind prima voce a psihologiei eului. Încurajată de tatăl ei să extindă studiul şi practica psihanalizei la copii, Anna Freud este cunoscută mai ales pentru elucidarea mecanismelor de apărare prin care ego, id şi superego sunt forţe modelatoare ale psihopatologiei fiecărui individ. Numele şi definiţiile alocate sunt încă în terminologia de referinţă a psihanalizei: represia, suprimarea, negarea, raţionalizarea, intelectualizarea, sublimarea, simbolizarea, deplasarea etc. Un stagiar a lui Freud, Hartmann a extins modelul mentorului său explicând teoretic originea ego-ului. Pentru Hartmann procesul de unificare a dezvoltării psihologice umane a fost adaptarea, o relaţie de reciprocitate dintre individ şi mediul său.

În modelul lui Hartmann componente ale ego-ului şi id-ului sunt prezente la naştere într-o matrice nediferenţiată. Conflictele normative cu ego-ul sunt separate de id, iar mecanismele de apărare sunt considerate instrumente de adaptare la mediu, fie prin intermediul schimbării mediului fie prin schimbarea de sine (Bienenfeld, 2002).

Deoarece structurile psihice permit individului să fie mai puţin dependent de mediul înconjurător, formarea structurii serveşte adaptării. Deci, superego este un rezultat al adaptării la mediul social, un produs al dezvoltării continue a ego-ului.

I.1.6. Şcoala relaţiilor de obiect

Melanie Klein

Melanie Klein (1882-1960) a studiat cu Sigmund Freud fiind încurajată să aplice psihanaliza la copii. Melanie Klain găsea tehnica asociaţiilor libere inutilă la pacienţii tineri folosind adesea observaţiile din sfera clinică pentru generarea de teorii ale dezvoltării umane şi ale psihopatologiei.

În jurul anului 1930 agresivitatea a devenit dominantă în schema ei, chiar şi căutarea plăcerii sau a cunoaşterii au fost definite ca dorinţă de control şi posesie. Conflictul oedipian a fost remodelat ca o luptă pentru distrugere şi putere şi o teamă de represalii, mai degrabă decât căutarea dragostei interzise.

Klein considera ca fiind înnăscută o lume a fanteziei inconştiente care constituie substratul de bază al tuturor proceselor mentale. Organizarea anterioară a copilului pe care a numit-o poziţia paranoidă implica separarea obiectelor şi sentimentelor bune de cele rele.

Pe la mijlocul primului an de viaţă, nou-născutul este capabil să-şi perceapă mama ca întreg şi experienţele din gama anxietate depresivă, ca urmare a sentimentelor lui agresive faţă de părţile *rele* ale mamei. Copilul încearcă să compenseze prin fantezie şi comportament reparatoriu, altfel spus, complexul lui Oedip este un vehicul al unei tentative de reparaţie.

Ideile lui Klain au reprezentat mai mult decât o simplă promovare sau modificare a modelului freudian, fiind în mare măsură revoluţionare. Klein a părăsit Germania în 1925 şi s-a stabilit în Anglia unde a rămas pentru restul vieţii, decedând în 1960. Ideile ei provocatoare au divizat Societatea Britanică de Psihanaliză şi în cele din urmă întreaga comunitate internaţională psihanalitică, deoarece au dus la dezvoltarea unor teorii ale relaţiilor de obiect.

Margaret Mahler

Margaret Mahler (1897-1985) şi-a început cariera ca medic pediatru în Viena şi precum mulţi dintre colegii ei a fost fascinată de teoriile mişcării psihanalitice. M. Mahler descoperă că modelul clasic nu poate explica o mare parte din ceea ce observa şi nu cuprindea bogăţia şi varietatea experienţelor emoţionale ale copilului în curs de dezvoltare. Modelul promovat de Margaret Mahler a subliniat în schimb relaţia specifică dintre copil şi mamă arătând că id-ul şi ego-ul în copilăria mică sunt nediferenţiate altfel spus, copilul se naşte cu o energie iniţială nediferenţiată.

Mahler prezenta o agendă detaliată pentru dezvoltarea psihologică:

1. Faza de autism cuprinde primele săptămâni de viaţă, adică nou-născutul este lipsit de capacitatea de conştientizare a obiectelor, doarme în mare parte a timpului şi este preocupat doar de reducerea tensiunii şi satisfacerea nevoilor.

2. Faza simbolică durează până la vârsta de aproximativ patru sau cinci luni şi este marcată de o creştere a sensibilităţii la stimuli externi. Toate

experienţele sunt fie bune fie rele, iar mama este vag conştientizată ca obiect exterior care are posibilitatea de a reduce tensiunea.

3. Subfaza de diferenţiere durează până la aproximativ zece luni şi începe cu ceea ce Mahler a numit „incubaţie". Copilul este alert şi începe să exploreze lumea dobândind capacitatea de a diferenţia senzaţiile externe de cele interne.

4. Subfaza de practicare începe cu capacitatea de a se târî, astfel interesele copilului extinzându-se spre obiecte neînsufleţite. Pentru Mahler „naşterea psihologică" coincide cu capacitatea de locomoţie în poziţia verticală.

5. Subfaza apropiere (15-24 luni) este marcată de înţelegerea copilului, cum că este o persoană mică într-o lume mare şi a faptului că mama este o persoană separată. Depăşirea cu succes a acestei subfaze este la fel de importantă pentru Mahler precum este complexul lui Oedip pentru Freud.

6. Faza de constanţă a obiectului libidinal este rezultatul dezvoltării ideale a tuturor fazelor anterioare şi ar trebui atins în jurul vârstei de doi sau trei ani. Copilul este acum în posesia unor structuri stabile şi adaptative pentru tot restul vieţii.

I.1.7. Psihologia sinelui

În a doua jumătate a secolului XX, Heinz Kohut (1913-1981) a fost o figură proeminentă în curentul psihanalitic. Fiind erudit şi carismatic, Kohut chiar dacă a fost purtătorul de cuvânt al psihologiei ego-ului şi-a exprimat după 1960 nemulţumirea faţă de aceasta şi şi-a urmat curiozitatea într-o nouă direcţie.

Kohut a formulat dezvoltarea normală şi patologică în jurul noţiunii de sine. Accentul este pus pe nevoia oamenilor de răspunsuri pozitive şi empatice, nevoie care se manifestă pe tot parcursul vieţii. Prin urmare, ceea ce se modifică sunt obiectele sinelui care pot îndeplini aceste nevoi şi care evoluează de la cele arhaice spre cele mature şi adecvate.

Kohut observă în primul rând transferul în oglindă explicat prin faptul că pacientul aşteaptă din partea terapeutului validare şi confirmare oarecum similar copilului care aşteaptă răspunsul mamei care îi va oferi un sentiment de valoare proprie. În al doilea rând, transferul idealizat face referire la situaţia în care pacientul consideră terapeutul atotputernic şi are corespondent în nevoia copilului de a-şi idealiza mama. Prin empatie, terapeutul îi poate oferi pacientului o experienţă emoţională corectoare, adică se poate comporta ca şi o mamă care permite reluarea dezvoltării emoţionale.

I.1.8. Şcoli postanalitice

Evoluţia teoriei psihanalitice clasice în psihologia ego-ului, relaţiilor de obiect şi psihologia sinelui a fost propulsată prin extinderea experienţei clinice şi de explicaţiile circulare ale vechilor paradigme. În secolul al XX-lea, forţele din afara graniţelor psihoterapiei au condus la modificări

suplimentare, spre exemplu, medicina solicita tehnici reproductibile şi validare empirică. Finanţările externe şi percepţia pacientului ca partener în cadrul actului terapeutic au promovat forme scurte şi mai active de terapie. Cele mai importante şcoli psihoterapeutice care au apărut în acest context au fost cea comportamentală, cognitivă şi interpersonală.

Terapia comportamentală

Terapia comportamentală cuprinde un set de activităţi care implică aplicarea sistematică a principiilor condiţionării şi teoria comportamentală în scopul înţelegerii ştiinţifice, dar şi în reducerea şi prevenirea suferinţei umane.

Condiţionarea clasică din punct de vedere istoric a fost evidenţiată de Aristotel care considera că învăţarea este dependentă de contiguitate sau de alăturarea manifestării unor evenimente închise împreună în spaţiu şi timp. John Locke şi David Hume, filosofi cunoscuţi ca fiind asociaţionişti sunt urmaşii punctului de vedere a lui Aristotel, considerând că învăţarea este dependentă de asocierea evenimentelor.

Principiile fundamentale distinctive ale terapiei comportamentale sunt înrădăcinate în principiile învăţării, precum şi în ştiinţa aplicată pe baza acestor principii, cuplate cu o fundaţie empirică puternică.

În prezent, ştiinţa şi practica terapiei comportamentale sunt adesea asimilate cu o serie de tehnici de intervenţie (numite comportamentale, cognitiv-comportamentale şi uneori numai cognitive) care vizează modificarea şi schimbarea comportamentului uman problematic şi promovarea dezvoltării de comportamente adaptative mai funcţionale.

Setul de angajamente intelectuale este împărtăşit de psihologi cu convingeri diferite şi în special de cei care susţin modelul om de ştiinţă-practician.

Intenţionăm să explicităm ipotezele conceptuale şi valorile behavioriste în capitolul V, precum şi să arătăm modul în care astfel de ipoteze conceptuale ghidează ştiinţa şi practica din terapia comportamentală. Vom prezenta o imagine de ansamblu a evoluţiei terapiei comportamentale ca o abordare unică a ştiinţei şi practicii psihologice.

Terapia cognitivă

Terapia cognitivă a fost dezvoltată de către Aaron Beck la Universitatea din Pennsylvania după 1960. Format în psihanaliza tradiţională, devine nemulţumit de rezultate propunând ulterior o psihoterapie structurată a depresiei, orientată asupra prezentului şi pe termen scurt. Alte forme au fost dezvoltate de Albert Ellis (Terapia Raţional Emotivă) şi Marcia Linehan (Terapia Comportamentală Dialectică).

Modelul cognitiv sugera că distorsiunile sau disfuncţiile de gândire influenţează dispoziţia şi comportamentul oamenilor în plus, aceste distorsiuni sunt comune tuturor tulburărilor psihice. Evaluarea realistă şi modificarea

gândirii sunt utilizate cu scopul direct de a produce îmbunătăţirea rapidă a dispoziţiei şi comportamentului.

În practică, terapia cognitivă subliniază colaborarea şi participarea activă a pacientului şi terapeutului. Orientarea spre obiective, focalizarea pe problemă şi limitarea în timp a intervenţiei terapeutice sunt în ultimă instanţă ţintele esenţiale. Şedinţele structurate deprind pacientul să identifice, evalueze şi să răspundă gândurilor disfuncţionale. Prin elucidarea pattern-urilor în circumstanţe multiple, terapia cognitivă oferă oportunitatea schimbării fundamentale a miezului credinţelor şi efecte de durată a acestor schimbări.

Psihoterapia interpersonală

Această formă de psihoterapie a fost dezvoltată de Gerald Klerman, după 1970, ca tratament limitat în timp pentru depresie, în particular fiind utilizată în cercetare. Succesul iniţial în cazul depresiei a condus la modificări pentru subtipuri de tulburări dispoziţionale şi pentru tulburări nondispoziţionale incluzând abuzul de substanţe, tulburări de alimentaţie, fobie socială, panică şi tulburarea de personalitate borderline.

În ceea ce priveşte psihopatologia, psihoterapia interpersonală nu are asumpţii etiologice, dar utilizează conexiuni dintre simptomele depresive curente şi problemele interpersonale ca un tratament pragmatic şi focalizat.

Terapeutul leagă simptomele de situaţia pacientului în contextul uneia din cele patru categorii de probleme interpersonale: durere, dispute interpersonale de rol, rol de tranziţie sau deficite interpersonale. Durerea poate fi o reacţie la pierderea unei persoane sau poate chiar o pierdere mai abstractă. Focalizarea terapeutică este orientată spre facilitarea doliului şi fondarea de noi activităţi şi relaţii. Disputele interpersonale de rol constau în conflicte cu alte persoane semnificative pentru pacient prin urmare, psihoterapia interpersonală explorează natura disputelor şi a relaţiilor ajutându-i pe cei implicaţi să găsească opţiuni de rezolvare. Dacă aceste eforturi eşuează, pacientul şi terapeutul caută noi moduri de a împiedica conflictul sau de a încheia relaţia. Rolul de tranziţie, o schimbare în statut sunt adesea abordate pentru a ajuta pacientul să recunoască beneficiile şi provocările noului rol precum şi aspectele pozitive şi negative ale vechiului rol. Deficitele interpersonale sunt trăsături şi comportamente care împiedecă o persoană să stabilească şi să menţină relaţii satisfăcătoare. Psihoterapia interpersonală antrenează un astfel de pacient în căi care conduc spre succes în relaţii.

I.2. RAŢIUNI TEORETICE

Psihoterapia este în general termenul „umbrelă" pentru un număr mare de categorii de intervenţie, de modalităţi şi strategii integrative angajate în serviciul valorificării şi îmbunătăţirii calităţii vieţii şi sănătăţii.

Abordările contemporane în tratarea tulburărilor emoţionale şi a altor probleme în psihoterapie sunt multidimensionale, integrative şi comprehensive.

Perspectiva integrativă biopsihosocială susţine că influenţele biologice, sociale şi psihologice asupra comportamentului interacţionează şi ar trebui luate în considerare atât în tratamentul medical cât şi în cel psihologic.

I.2.1. Definiţii ale psihoterapiei

Psihoterapia poate fi considerată o intervenţie specifică şi controlată asupra bolii sau/şi asupra personalităţii pacientului, intervenţie care foloseşte un ansamblu de metode, conform unei concepţii despre personalitate şi despre boala psihică (David, Holdevici, Szamoskozi şi Băban, 1998).

Psihoterapia este o atitudine psihologică în cadrul unui act medical. Din acest punct de vedere, psihoterapia nu are contraindicaţii. Ca specialitate terapeutică, ea are însă indicaţii şi contraindicaţii, în funcţie de metoda şi tehnica terapeutică folosită, de categoria simptomatică, de anumite însuşiri ale persoanei (nivel intelectual, nivel de instruire, vârstă etc.).

Wolberg (1995) considera psihoterapia un tratament psihologic al problemelor emoţionale în care o persoană instruită stabileşte în mod deliberat o relaţie profesională cu pacientul cu scopul de a: (a) elimina sau modifica simptomele existente; (b) media modele de comportament distorsionate; (c) facilita şi promova creşterea armonioasă a personalităţii şi dezvoltarea.

Există asemănări puternice în practică între consiliere şi psihoterapie. De cele mai multe ori acestea au proceduri practic identice. Deoarece asemănările depăşesc cu mult diferenţele, în această lucrare, vom folosi cuvintele *consiliere* şi *psihoterapie* alternativ (precum şi etichetele *„pacient"* sau *„client"*).

Având în vedere multitudinea de opinii privind psihoterapia şi consilierea cel mult putem oferi o definiţie de lucru bazată pe o compilaţie a definiţiilor existente. Prin urmare, terapia presupune o relaţie stabilită pentru un scop specific, protejată de un set de principii etice şi de cunoştinţele de bază ale unui profesionist.

Definiţia noastră precum şi cele mai multe definiţii ale psihoterapiei nu se potrivesc cu nici una dintre formele de terapie autoadministrată, cum ar fi autoanaliză sau autohipnoza.

Psihoterapia foloseşte mijloace psihologice, cu acţiune directă asupra unei tulburări psihice sau asupra persoanei aflate într-o dificultate existenţială însă, fără intervenţie directă asupra somaticului. Indiferent de tipul de psihoterapie, intervenţia psihologică în sine se bazează pe relaţia terapeut-pacient (şi o foloseşte ca instrument).

Psihoterapia poate fi studiată din perspectiva tehnicii sau a atitudinii, a metodei de lucru sau a activităţii terapeutului. Prin urmare, tehnica psihoterapeutică implică un demers deliberat, sistematizat, cu referire la un anumit mod de funcţionare mentală. Atitudinea psihoterapeutică are în vedere modul concret de intervenţie psihologică, ştiinţifică sau empirică în cadrul aplicativ (David şi colab., 1998).

Metoda de psihoterapie, cuprinde anumite tehnici, se bazează pe comunicarea verbală în scopul ameliorării simptomelor sau îmbunătăţirea adaptării sociale. Metoda impune investigarea de către psihoterapeut a problemelor de viaţă ale pacientului şi a originii dificultăţilor în experienţa de viaţă a acestuia.

Nici o metodă nu este terapeutică în sine, ci în raport cu o tulburare specifică a pacientului într-un moment particular al vieţii acestuia (cum ar fi situaţia de criză). Aceasta întrucât fiecare pas al demersului psihoterapeutic posedă o raţiune conceptuală adaptată specificităţii pacientului, iar terapeutul trebuie să se dovedească flexibil în raport cu propriile sale standarde teoretice (Sdorow, 1993).

Suferinţa psihică se poate manifesta sub forma unor atitudini, sentimente, stări, comportamente sau simptome care creează tulburări pacientului şi de care acesta doreşte să se elibereze. Obiectivul major al psihoterapiei este producerea modificărilor în sfera personalităţii pacientului, modificări care îl vor ajuta să realizeze o adaptare mai eficientă şi stabilă la mediu. Deşi psihoterapia vizează în primul rând simptomele, dificultăţile pacientului, ea nu trebuie redusă doar la procesul psihologic de vindecare, ci trebuie să vizeze, pe cât posibil, restructurarea personalităţii, precum şi o mai eficientă reglare (şi autoreglare) a stărilor psihice ale acestuia.

Psihoterapia poate fi aplicată unei game largi de tulburări psihice, începând cu crizele existenţiale, tulburările din sfera personalităţii, nevrozele, afecţiunile psihosomatice, bolile organice cronice şi terminând cu susţinerea psihoterapeutică a unor pacienţi psihotici aflaţi în faze de remisiune.

Există şi un număr de persoane normale care solicită sprijinul psihoterapeutului pentru că nu au trăit la nivelul expectaţiilor şi nu şi-au realizat potenţialul psihic la nivel maximal. Aceştia, poate şi pentru că problemele lor nu sunt grave, pot obţine un beneficiu în urma psihoterapiei care îi ajută să-şi regleze mai bine procesele şi funcţiile psihice, să-şi dezvolte creativitatea şi să evolueze pe plan spiritual (Huber, 1997).

Care sunt categoriile de pacienţi care nu beneficiază de avantajele psihoterapiei? În primul rând deficienţii mintal, care sunt incapabili să înţeleagă sensul interpretărilor realizate de psihoterapeut şi să ajungă la descoperirea cauzelor şi soluţiilor propriilor probleme (cum ar fi psihanaliza). De asemenea, persoanele care nu reuşesc să realizeze un contact uman (deci nici relaţia psihoterapeutică) nu pot fructifica avantajele oferite de psihoterapie. În această categorie intră unii psihopaţi şi unii pacienţi psihotici.

Subliniem că nu există un model standard de normalitate şi că modalităţile de adaptare ale omului la mediu sunt variate. Soluţia psihoterapeutică eficientă pentru un pacient poate să nu fie eficientă pentru altul.

Holdevici şi Vasilescu (1993) susţineau că succesul psihoterapiei poate fi evaluat după trei criterii principale: a. trăirea subiectivă a pacientului (dispariţia simptomelor, se simte mai bine, este mai mulţumit, mai fericit, mai

împăcat cu sine); b. recunoaşterea socială (progresele realizate de pacient în profesie, familie etc.); şi c. materializarea expectaţiilor psihoterapeutului în ceea ce priveşte modificările realizate în sfera personalităţii şi în comportamentul pacientului.

Ca demers ştiinţific, psihoterapia ar trebui să aibă la bază un set de ipoteze, care derivă din concepţia teoretică a şcolii psihoterapeutice asupra personalităţii şi a tulburărilor psihopatologice.

I.2.2. Obiective

Psihoterapeutul este important să-şi formuleze clar obiectivele şi treptele necesare atingerii acestora, cât şi metodele de acţiune adecvate fiecărui pacient în parte.

Majoritatea specialiştilor vizează în principal următoarele aspecte (*apud* Holdevici şi Vasilescu, 1993): a. scoaterea pacientului din criza existenţială în care se află; b. reducerea sau eliminarea simptomelor; c. întărirea Eu-lui şi a capacităţilor integrative ale personalităţii pacientului; d. rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului; e. modificarea structurii personalităţii în vederea obţinerii unei funcţionări mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu; f. reducerea (sau înlăturarea) acelor condiţii de mediu care produc sau menţin comportamentele de tip dezadaptiv; g. modificarea opiniilor eronate ale pacienţilor despre ei înşişi şi despre lumea înconjurătoare; şi h. dezvoltarea unui sentiment clar al identităţii personale.

În plus, Plante (2005) considera că obiectivele psihoterapiei ar putea include schimbări comportamentale, îmbunătăţirea relaţiilor interpersonale, insight, suport sau rezultate concrete cum ar fi sprijinul în găsirea unui loc de muncă etc. Obiectivele fundamentale comune celor mai multe psihoterapii sunt: a. depăşirea demoralizării şi câştigarea speranţei; b. intensificarea autoeficacităţii; c. depăşirea evitării; d. conştientizarea propriilor concepţii eronate; e. acceptarea realităţii vieţii şi f. atingerea insight-ului.

Obiectivele psihoterapiei este posibil să fie schimbate pe parcursul experienţei terapeutice, uneori ţintele sunt dificil de definit şi articulat totuşi, un ultim obiectiv este reprezentat de îmbunătăţirea calităţii vieţii prin intermediul schimbării comportamentului şi a stilului de viaţă, a înţelegerii de sine, a perfecţionării coping-ului şi a adaptării sau a intensificării relaţiilor.

Aceste obiective nu sunt uşor de atins deoarece adesea viziunea distorsionată despre lume şi imaginea de sine nesănătoasă a pacientului sunt rezultatul unor relaţii patologice întărite pe parcursul mai multor ani sau de experienţe de viaţă (cel puţin din perspectivă psihodinamică). De asemenea, inadaptările la nivel profesional, marital sau social presupun, pentru a fi rezolvate şi operarea unor modificări în situaţia de viaţă a persoanei, pe lângă intervenţia psihoterapeutică propriu-zisă.

I.3. BAZE TEORETICE ŞI MODELE OPERAŢIONALE ÎN PSIHOTERAPIE

Psihoterapeuţii utilizează adesea mai multe strategii pentru a atinge obiectivele prezentate anterior, cum ar fi: conversaţia, interpretarea, întărirea, ascultarea activă, demonstraţia etc. Psihoterapia nu include tratamentul biomedical cum ar fi medicamentele sau intervenţia chirurgicală.

Aspectele teoretice care vor fi prezentate în fiecare capitol reprezintă bazele celor mai multe dintre aceste abordări terapeutice. Teoriile psihanalitice (a lui Freud şi ale revizioniştilor) stau la baza terapiilor psihodinamice. Teoriile umaniste ale lui Rogers şi Maslow furnizează un important fundament pentru terapiile umaniste. Termenul de *insight therapy* caracterizează atât terapiile psihodinamice cât şi terapiile umaniste având în vedere că scopul acestora este încurajarea insight-ului (înţelegerea sau pătrunderea sensului experienţelor timpurii) şi a conştiinţei de sine. Teoriile comportamentaliste şi ale învăţării sociale ale lui Skinner şi Bandura au stimulat în mare măsură dezvoltarea terapiilor comportamentale.

Un număr mare de terapeuţi nu utilizează exclusiv doar o anumită formă de terapie în munca directă cu pacienţii sau clienţii lor, majoritatea fiind *eclectici* utilizând în funcţie de context o varietate de abordări terapeutice. Adesea un terapeut va „proiecta" abordarea terapeutică care este necesară pacientului. Chiar şi un terapeut cu o orientare psihodinamică ar putea utiliza abordări umaniste sau chiar tehnici comportamentale.

În mod curent, psihoterapia este practicată de o varietate suficient de mare de profesionişti în sănătatea mentală incluzând aici psihologi clinicieni, consilieri şi de ce nu şi psihiatri. Spre deosebire de psihologi, psihiatrii prin formaţia profesională cu orientare somatică şi în urma acreditărilor dobândite, pot prescrie tratamente (medicamente) pentru tulburările mentale.

Chiar dacă există o paletă relativ extinsă de specialişti în sănătatea mentală, există de asemenea o varietate de cadre în care terapia poate avea loc. În prima jumătate a secolului trecut, psihoterapeuţii practicau în centrele de îngrijire mentală sau în spitale, unde pacienţii rămâneau internaţi pe parcursul mai multor luni sau chiar a anilor (vezi: subcap. I.1.). În ultimele decenii, psihologii au admis că psihoterapia nu este întemeiată doar pentru cei care sunt atât de tulburaţi încât nu pot trăi în societate. Azi, oamenii care solicită consiliere sau psihoterapie se pot adresa centrelor de sănătate comunitare, ca pacienţi externi spitalelor sau cabinetelor private ale practicienilor în sănătatea mentală.

Psihoterapia poate fi costisitoare. Totuşi în spitalele de psihiatrie, ocazional nu se percep taxe pentru servicii în cazul persoanelor care beneficiază de asigurare de sănătate sau săracilor. Mulţi oameni care ar avea nevoie de psihoterapie nu beneficiază de aceasta.

De-a lungul timpului psihoterapeuţii au fost criticaţi pentru preferinţa acestora de a lucra cu pacienţi relativ tineri, atractivi, vorbăreţi, inteligenţi şi cu un oarecare succes (această categorie în literatura de specialitate poartă

numele YAVIS), mai degrabă decât cu persoane tăcute, fără un aspect fizic plăcut, în vârstă, instituţionalizaţi şi diferiţi faţă de cei mai mulţi oameni (categoria poartă adesea numele QUOID).

Specialiştii în sănătatea mentală au devenit din ce în ce mai sensibili faţă de astfel de probleme, dar trecând în revistă dialogul cu un număr important de psihologi clinicieni concluzionăm că:

a) lipsa educaţiei conduce spre un prognostic negativ în ceea ce priveşte succesul terapiei;
b) psihologii sunt în mică măsură interesaţi să trateze pacienţii cu un nivel de educaţie scăzut.

Până acum am privit în ansamblu psihoterapia precum şi ce reprezintă aceasta. Psihoterapiile contemporane cuprind o diversitate de abordări în munca cu pacienţii pentru a reduce problemele şi pentru a îmbunătăţi adaptarea acestora. În această lucrare vom trece în revistă psihoterapiile care considerăm că au un impact major în ştiinţă şi o eficacitate sporită în munca directă cu pacientul.

Distincţia dintre diferite metode de psihoterapie nu constituie o subtilitate semantică, fiind expresia unor teorii sau curente filosofice şi psihologice asupra modului de organizare şi funcţionare a psihismului, sau referitoare la patogenia tulburărilor mintale. Aceste teorii sau concepţii determină atât conţinutul metodelor, cât şi scopurile psihoterapiilor, precum şi tehnicile desemnate şi utilizate în vederea realizării acestor scopuri.

Totodată, fiind o aplicaţie, psihoterapia are nevoie de legi generale, principii şi teoretizări asupra modului de funcţionare şi asupra factorilor şi mecanismelor tulburărilor psihice. Din această perspectivă, izvoarele teoretice ale psihoterapiei nu pot fi altele decât concepţiile şi teoriile psihopatologice, psihologice sau filosofice. Nu întotdeauna însă relaţia dintre o anumită metodă psihoterapeutică şi teoria psihopatologică sau psihologică din care derivă este explicită (vezi: subcap. I.1.8). Uneori această interdependenţă este clară şi directă, precum în cazul psihanalizei şi al psihoterapiei cognitive. Alteori însă corespondenţa este mai mult invocată decât demonstrată sau este situată în zona dezirabilului (Plante, 2005).

La rândul lor, psihoterapeuţii se diferenţiază între ei în ceea ce priveşte modelele operaţionale referitoare la psihicul şi la comportamentul uman, abordările lor terapeutice deosebindu-se în mod corespunzător. În practică, relaţia dintre adeziunea teoretică şi abordarea psihoterapeutică reală este uneori vagă şi irelevantă. Cu alte cuvinte, afilierea la o anumită tendinţă teoretică nu este relevantă (întotdeauna) în tehnicile psihoterapeutice utilizate, în activitatea concretă, psihoterapeuţii fiind mai asemănători decât atestă diferenţele invocate de concepţia lor psihologică.

Un studiu recent condus de Plante (2005) demonstrează că cei mai mulţi psihoterapeuţi, la nivel mondial sprijină următoarele rezultate în ceea ce priveşte intervenţia:

1. Psihoterapia este utilă celor mai mulţi clienţi;

2. Cei mai mulţi oameni obţin o îmbunătăţire îndeajuns de repede în psihoterapie;
3. Clienţii, cel mai probabil, se schimbă datorită factorilor comuni şi mai puţin datorită factorilor asociaţi diverselor forme de psihoterapie;
4. În general, psihoterapii diferite obţin rezultate relativ similare;
5. Dacă relaţia terapeutică dintre psihoterapeut şi pacient este formată, poate fi cel mai bun predictor al succesului tratamentului;
6. Cei mai mulţi terapeuţi învaţă cum să abordeze efectiv din experienţă mai degrabă decât prin intermediul cercetărilor;
7. Aproximativ 10% dintre pacienţi nu obţin o îmbunătăţire prin participarea la psihoterapie;
8. Psihoterapia este mai eficientă decât placebo;
9. Experienţa psihoterapeutului sau instruirea acestuia nu este un predictor important al succesului tratamentului;
10. Tratamentul pe termen lung nu este mai eficient decât formele scurte de tratament pentru cei mai mulţi pacienţi / clienţi.

I.3.1. Vulnerabilitatea pentru tulburări psihice

Studiile teoretice şi experimentale din ultimele decenii au nuanţat conceptul de vulnerabilitate prin comentarea perioadelor de viaţă cu risc scăzut şi crescut. Analiza unor mecanisme care participă indirect la crearea condiţiilor arată că într-o anumită perioadă de viaţă persoana este posibil să fie supusă unor influenţe vulnerabilizatoare. În mod natural a fost introdus şi conceptul de non-vulnerabilitate care se referă la resursele persoanei (mecanisme de coping) interne şi externe (cum ar fi, reţeaua de suport social).

O persoană vulnerabilă ajunge într-o stare psihopatologică totdeauna în urma unui eveniment, a unei situaţii stresante mai mult sau mai puţin actuale. Momentele de vulnerabilitate apar şi în situaţii de epuizare bio-psihică a persoanei, trăirea unor importante stări de frustrare sau eşec, cumularea unor influenţe psiho-sociale negative, pierderi în reţeaua de suport social. Toate aceste situaţii pot constitui concomitent factori de vulnerabilitate, precum şi factori cu rol declanşator a stării anxioase (Marian, 2004 a).

Influenţele psiho-sociale cu rol declanşator se manifestă invers proporţional cu starea de vulnerabilitate de fond şi situaţională. Astfel, potenţialul patogen „endogen" acumulat se actualizează tinzând să se manifeste.

Un prim episod de anxietate sau de depresie pe care persoana îl trăieşte, indiferent de forma şi de intensitatea lui, poate fi considerat un factor de vulnerabilizare care predispune spre reactivarea unor trăiri de acelaşi tip în condiţii ulterioare de stres mai redus decât cele care au fost prezente cu ocazia primului episod. Altfel spus, persoana *„învaţă"* progresiv să fie bolnavă, învaţă un mod de reacţie care se declanşează tot mai uşor până la nivelul la care el se instituie spontan.

În prezent teoria vulnerabilităţii şi perspectiva psihologiei clinice solicită investigarea unor noi aspecte ale problemei. Spre exemplu, tabloul psihopatologic al anxietăţii poate fi caracterizat prin: un anumit tablou simptomatologic caracteristic; modalităţi anume de instalare a acestui tablou; intensitatea simptomatologiei; durata de la apariţia simptomelor până la remisiune; şi o anumită respondenţă terapeutică.

Creşterea vulnerabilităţii poate fi condiţionată în primul rând, de cumularea în timp scurt a unor influenţe psiho-sociale negative (frustrări, eşecuri, conflicte, schimbări de viaţă etc.), în al doilea rând de reducerea reţelei de suport social şi a altor factori cu rol protectiv şi în final, de epuizarea biologică prin efort susţinut.

Alte aspecte care au intrat în sfera preocupărilor în ultima perioadă se referă la rolul satisfacţiei în viaţă, al calităţii vieţii şi al sentimentului de mulţumire-fericire, ciclurile vieţii şi a problemelor critice ale acestora, de asemenea şi problematica nişei ecologice umane în care persoana îşi desfăşoară existenţa.

I.3.2. Metode şi tehnici în psihoterapie

Tehnicile, de altfel ca şi metodele de psihoterapie, nu pot fi clar delimitate, cu conţinut şi moduri de acţiune distincte şi bine precizate. Există specialişti care susţin individualitatea şi superioritatea fiecărei tehnici sau metode nou elaborate, după cum există dovezi numeroase că astfel de opinii sunt în mare măsură, nefondate.

Numărul mare al tehnicilor şi metodelor de psihoterapie a impus sistematizarea lor, în funcţie de anumite criterii, în rândul cărora distingem:

- metode psihoterapeutice orientate emoţional sau afectiv; şi
- metode psihoterapeutice orientate intelectual sau cognitiv.

Din punctul de vedere al demersului aplicativ, se disting tehnici şi metode de psihoterapie bazate pe următoarele criterii:

- *investigative*, preocupate de cunoaşterea organizării psihismului uman;
- *etice*, au în obiectiv valorile şi normele comportamentului uman;
- *curative*, care urmăresc în mod declarat, univoc şi strict direcţionat, eliminarea simptomului şi ameliorarea / vindecarea pacientului.

Psihoterapia presupune un proces de învăţare (a normelor, regulilor, comportamentelor dezirabile, a modului de relaţionare, a capacităţii de testare - a realităţii - şi de integrare în realitate), proces care se realizează prin: identificare, condiţionare şi clarificare (insight).

În funcţie de pivoţii distinctivi ai fiecărei şcoli, psihoterapiile sunt grupate adesea în dinamice, comportamentale, cognitive şi experienţiale, fiecare categorie având un cadru conceptual propriu, precum şi un sistem de convingeri cu privire la natura psihicului uman şi a tulburărilor psihice, concepţie pe care se bazează modalităţile terapeutice.

Psihoterapiile dinamice au la bază aserţiunea conform căreia toate fenomenele mentale sunt rezultatul interacţiunii conflictuale a unor forţe intrapsihice, inaccesibile conştiinţei omului şi cărora el le opune rezistenţă (vezi: I.1.4.); în consecinţă, scopul psihoterapiei constă în facilitatea emergenţei şi înţelegerii conţinutului inconştient al psihismului.

Psihoterapiile comportamentale pornesc de la premisa conform căreia comportamentul normal sau anormal este produsul a ceea ce a învăţat sau nu a învăţat persoana; în consecinţă, tulburările psihice pot fi deprinderi învăţate sau răspunsuri dobândite în mod involuntar, repetate şi întărite de stimuli specifici din mediu. Pentru tratarea lor (sau ameliorarea), pacientul trebuie să înveţe comportamente alternative, care trebuie exersate, atât în cadrul şedinţei terapeutice (*in vitro*), cât şi în afara ei (*in vivo*) (Forsyth şi Sabsevitz, 2002).

Psihoterapiile cognitive susţin că distorsiunile şi / sau disfuncţiile de gândire influenţează dispoziţia şi comportamentul. Terapia cognitivă accentuează colaborarea şi participarea activă a pacientului şi terapeutului. Orientarea spre obiective, focalizarea pe problemă şi limitarea în timp a intervenţiei terapeutice sunt atuurile esenţiale. Structurarea riguroasă a şedinţelor învaţă pacientul să identifice, evalueze şi să răspundă cogniţiilor disfuncţionale. Psihoterapia cognitivă oferă oportunitatea schimbării fundamentale a miezului cogniţiilor şi efecte pe termen lung a acestor schimbări.

Psihoterapiile experienţiale au ca punct de plecare situaţia de subestimare a dimensiunilor etice ale omului şi a relaţiilor sale morale cu ceilalţi; omul nu poate fi cunoscut numai prin analiza comportamentului său manifest, ci şi prin înţelegerea trăirii (experienţei) lui interioare. Din această perspectivă, omul este considerat ca fiind o entitate inerent activă, autoafirmată şi combativă, dotată cu o capacitate aproape nelimitată de creştere şi dezvoltare. În consecinţă, psihoterapia are în vedere nu numai vindecarea bolii, ci şi dezvoltarea persoanei atât prin atingerea conştientizării, cât şi prin dezvoltarea unor dimensiuni expansive, cum ar fi autodeterminarea, creativitatea şi autenticitatea.

Dacă sub aspect teoretic, metodele de psihoterapie care fac parte din categorii diferite invocă în mod exclusiv aspectul dinamic, comportamental, cognitiv sau experienţial, în mod practic diferenţele dintre ele nu se manifestă cu aceeaşi rigurozitate. Terenul comun al tuturor metodelor de psihoterapie este de fapt tulburarea psihică a cărei abordare se realizează prin comunicare verbală sau nonverbală în contextul unei relaţii terapeutice între psihoterapeut şi pacientul care trăieşte experienţe afective, beneficiază de reglări comportamentale şi rectificări cognitive.

I.3.3. Clasificarea abordărilor terapeutice

În prezent există un număr impresionant de abordări psihoterapeutice, de la psihanaliza clasică până la utilizarea în psihoterapie a unor tehnici

orientale (cum ar fi meditaţia). Din multitudinea de criterii de clasificare a formelor de psihoterapie menţionăm doar câteva:

1. *Durata procesului terapeutic.* Se disting psihoterapii de lungă durată, pe parcursul a mai multor ani de zile (psihanaliza durează în medie doi ani) şi psihoterapii scurte care încearcă să rezolve problema-simptom în câteva şedinţe.

2. *Profunzimea psihoterapiei.* În timp ce terapiile centrate pe simptom (psihoterapiile scurte) îşi propun să înlăture doar problema pentru care pacientul s-a prezentat la psihoterapie, psihoterapiile analitice (de lungă durată) consideră că simpla înlăturare a simptomelor nu este suficientă, deoarece nu s-a obţinut o restructurare de profunzime a personalităţii, conflictele şi problemele nerezolvate vor apărea sub forma altor simptome, ipotetic chiar mai grave decât primele.

3. *Numărul de pacienţi implicaţi în psihoterapie.* În acord cu acest criteriu, distingem psihoterapii individuale, unde se lucrează cu un singur pacient şi psihoterapii de grup, care cuprind în medie între 6 şi 12 pacienţi.

4. *Concepţia teoretică aflată la baza psihoterapiei.* Psihoterapiile dinamice pornesc de la ideea conform căreia simptomele psihopatologice sunt rezultatul unor conflicte intrapsihice de natură inconştientă nerezolvate, sarcina terapeutului constând în a-l ajuta pe pacient să conştientizeze şi să rezolve aceste conflicte. Psihoterapiile comportamentale consideră că simptomele sunt rezultatul unor comportamente învăţate, deficitare sau în exces, întărite de mediu, înlăturarea acestora realizându-se prin intermediul unor procese de învăţare (decondiţionare). Psihoterapiile experienţiale, conform cărora simptomele şi problemele psihopatologice au drept sursă disperarea existenţială şi fragmentarea eu-lui; procesul terapeutic având la bază actualizarea disponibilităţilor umane nevalorificate.

În funcţie de situaţiile clinice şi condiţiile nosografice, unele orientări psihoterapeutice s-au dovedit în timp a fi mai eficiente. Ionescu (1990) recurge la o ierarhizare a psihoterapiilor în funcţie de manifestările psihopatologice:

a. pacienţi cu manifestări psihopatologice acute psihoterapie suportivă;
b. pacienţi cu dificultăţi de adaptare şi de relaţionare, cu situaţii interpersonale conflictuale, stimă de sine scăzută şi manifestări psihopatologice cronice: psihoterapie elaborată şi psihoterapie de profunzime;
c. pacienţi cu personalitate fragilă, cu Ego slab şi anxietate: psihoterapie directivă, structurată;
d. pacienţi cu tulburări nevrotice, tulburări de personalitate, depresii şi tulburări de anxietate: psihoterapii dinamice, umaniste şi comportamentale;
e. pacienţi cu tulburări psihotice: psihoterapie şi psihofarmacologie;
f. pacienţi cu alcoolism şi toxicomanii: psihoterapie de grup, socioterapie;
g. pacienţi cu tulburări obsesiv-compulsive, fobii simple: terapie comportamentală, terapie cognitiv-comportamentală şi asociat acestora tehnici de relaxare;

h. în tulburări de dinamică a cuplului se recomandă includerea ambilor parteneri: terapii strategice, terapii cognitiv-comportamentale etc.

I.4. PROBLEME METODOLOGICE ÎN ABORDAREA PSIHOTERAPEUTICĂ

Dificultatea de a stabili o relaţie armonioasă dintre psihoterapeut şi pacient este determinată de percepţia acestora. Astfel, în timp ce medicul analizează boala prin prisma unui set de factori fiziopatologici, pentru pacient semnificaţia bolii include factori psihologici, sociali şi ambientali. Calitatea relaţiei medic-pacient condiţionează în mod particular evoluţia afecţiunii somatice, constituind un element deosebit de important al terapiei farmacologice.

Relaţia terapeutică poate fi explicată din punctul de vedere al valorilor, credinţelor şi atitudinilor care intervin în raportul terapeutic, considerată relaţie socială. Raportul terapeutic este adesea considerat ca o intervenţie limitată la două persoane: pe de o parte, pacientul şi de cealaltă parte psihoterapeutul care posedă tehnicile necesare intervenţiei. În fapt, relaţia psihoterapeutică este condiţionată de structura socială şi constituie ea însăşi un sistem social.

În „spatele" pacientului se află reprezentările colective şi în acelaşi timp, putem analiza relaţia terapeutică din perspectiva rolurilor sociale sau ca sistem de comportamente expectate.

Conceptul de *rol de bolnav* se referă la poziţia specială ocupată de pacient şi fundamentat în cadrul cercetărilor cu privire la devianţă şi nonconformism, în relaţie cu aşteptările sociale (Marian, Drugaş şi Roşeanu, 2005).

Societatea acordă rolul de bolnav persoanelor şi le priveşte ca fiind deviante nu numai în termeni biologici dar şi sociali. La fel ca şi celelalte roluri, rolul de bolnav implică atât drepturi cât şi obligaţii. Obligaţiile unei persoane bolnave derivă din aceea că se aşteaptă ca ea să fie motivată în a se însănătoşi cât mai repede cu putinţă precum şi din faptul că ea trebuie să capete competenţe de a colabora cu psihoterapeutul sau medicul. Privilegiile constau în faptul că sunt scutiţi de responsabilităţi sociale şi au dreptul la îngrijire şi sprijin.

În cazul pacienţilor care prezintă condiţii medicale cu evoluţie progresivă (cum are fi neoplasmul sau SIDA), terapeutul trebuie să fie prudent în a accepta rolul omnipotent, conferit de către pacient, pentru a evita dezamăgirile care în aceste situaţii, apar în mod inerent. Se recomandă ca aceste investiţii nejustificate ale pacientului, pe care prognosticul bolii nu le permite, să fie încă de la începutul terapiei interpretate şi clarificate, pentru a nu furniza dezamăgiri şi reacţii negative. Prin urmare terapeutul, circumspect în intervenţiile sale iniţiale, va sugera pacientului că nu este sigur că boala lui somatică va fi ameliorată sau vindecată prin psihoterapie, dar că există

probleme (sau dificultăţi) în viaţa pacientului (ca şi în evoluţia bolii) care ar putea fi identificate în timpul şedinţelor şi asupra cărora s-ar putea acţiona eficace, contribuindu-se în acest mod la ameliorarea stării sale somatice. În mod surprinzător, abordarea psihoterapeutică a pacienţilor psihosomatici este mult mai dificilă decât a bolnavilor psihici, din următoarele motive:

1. la apariţia bolii, pacientul se află sub influenţa stresului, care are rol perturbator;
2. noncomplianţa pacientului psihosomatic faţă de psihoterapie, datorită influenţelor culturale care acreditează numai terapiile somatice.

Aceste fenomene îl determină să manifeste o atitudine rezervată, distanţată şi uneori sfidătoare faţă de psihoterapie. Atitudinea amintită determină o slabă capacitate de dezvoltare a resurselor.

Selecţia pacienţilor psihosomatici pentru psihoterapie are la bază aceleaşi criterii aplicate şi pacienţilor cu nevroze sau cu tulburări de personalitate. Cele mai importante criterii sunt:

- capacitatea pacientului de a stabili şi de a menţine o relaţie interpersonală;
- capacitatea de introspecţie, înţelegere şi clarificare (ceea ce exclude insuficienţa cognitivă sau un anumit grad de deteriorare);
- motivaţia pentru psihoterapie.

De asemenea, este necesară o investigaţie asupra istoriei bolii, precum şi asupra vieţii pacientului, pattern-urilor comportamentale, structurii personalităţii şi mecanismelor sale de adaptare. Dar una din cele mai importante variabile este intensitatea reacţiei şi trăirii psihice la apariţia bolii.

I.5. EFICACITATEA PSIHOTERAPIEI

În 1952, Eysenck publica un articol în care dezbătea eficacitatea psihoterapiei. Fundamentul acestei treceri în revistă a fost format din 24 de studii asupra psihoterapiei anxietăţii şi depresiei. Eysenck concluziona că două treimi dintre pacienţi au fost ameliorați prin psihoterapie. Acest studiu nu a furnizat evidenţe care să sprijine eficacitatea psihanalizei. De asemenea a constatat că două treimi dintre subiecţii de control care nu au beneficiat de psihoterapie şi-au îmbunătăţit starea. Această ameliorare fără psihoterapie a fost numită *remisie spontană* şi a fost atribuită unor factori favorabili care s-au produs în viaţa personală a subiecţilor. Având în vedere că numărul celor care nu au fost trataţi prin psihoterapie a fost mai mare decât al celor care au acceptat psihoterapia, Eysenck concluziona că psihoterapia este ineficientă (*apud* Plante, 2005).

Articolul lui Eysenck a provocat critici serioase la adresa deficienţelor metodologice. În studiu au fost cuprinşi subiecţi care au fost consiliaţi informal, aceştia fiind sub influenţa tratamentelor prescrise de medici, pe de altă parte grupurile care au beneficiat de psihoterapie şi grupurile care nu au beneficiat de psihoterapie nu au fost echivalente (diferite din punct de vedere al statutului socio-economic, al nivelului educaţional şi al motivaţiei pentru

ameliorare). Aceasta înseamnă că grupul de control este posibil să fi avut un prognostic inițial avantajos comparativ cu grupul psihoterapeutic. Eysenck a supraestimat proporția remisiilor spontane care de altfel nu a fost sprijinită de studiile ulterioare.

În ultimele decenii studiile asupra eficacității psihoterapiei au căutat să aprecieze cu mai mare acuratețe psihoterapiile, însă acest lucru s-a dovedit a fi dificil din punct de vedere științific. Felul în care este definită eficacitatea variază în funcție de obiectivele terapiei. Terapia are ca obiectiv restaurarea normalității? schimbarea comportamentelor maladaptative? despovărarea persoanei de stres?

Obiectivele variază în funcție de orientarea terapiei. În psihanaliză, analistul ar putea considera drept obiectiv insight-ul conflictelor inconștiente care își au origine în copilărie și care au drept rezultat eliberarea emoțiilor reprimate. Terapeutul comportamentalist ar putea avea ca obiectiv modificarea comportamentelor maladaptative în timp ce un terapeut cognitivist va urmări modificarea schemelor cognitive dezadaptative.

Studiile recente demonstrează că schimbările produse de psihoterapie și placebo sunt mult mai eficiente decât lipsa acestora însă, psihoterapia este superioară terapiei de tip placebo. Efectele de tip placebo în psihoterapie sunt determinate de factori cum ar fi încrederea pacienților în abilitățile terapeuților și expectanța succesului (Seligman, 2004; Plante, 2005).

I.5.1. Factori ai eficacității psihoterapiei

În timp, cercetătorii s-au întrebat care sunt factorii care contribuie la eficacitatea psihoterapiei, iar ca răspuns la această problemă cercetările indică într-un număr semnificativ de cazuri următoarele caracteristici care vor fi descrise succint în cele ce urmează.

Caracteristicile terapiei

Cele mai multe studii din ultimele decenii consideră ca fiind de o eficiență maximală terapia scurtă.

Lazarus (*apud* Dryden, 1993) considera că această formă de intervenție care presupune un contact limitat dintre terapeut și pacient va crește în popularitate. Desigur, acordul dintre pacient și terapeut rămâne esențial precum și înțelegerea faptului că acest tip de intervenție presupune o limitare în timp a ședințelor săptămânale, iar finalizarea intervenției în jur de șase luni. Pe de altă parte terapia scurtă va crește în popularitate și datorită faptului că acele persoane care solicită intervenția psihoterapeutului sunt adesea persoane cu venituri relativ modeste, prin urmare resursele financiare nu le permit să susțină o intervenție terapeutică de lungă durată (așa cum am văzut în paginile anterioare).

Caracteristicile pacienţilor

Succesul terapeutic este adesea raportat la caracteristicile pacienţilor, astfel pacienţii care reuşesc să-şi reducă frecvenţa simptomelor sunt adesea cu un nivel educaţional superior, cu un coeficient de inteligenţă peste media populaţiei şi cu un statut socio-economic mediu sau ridicat. Motivaţia pentru schimbare şi personalitatea sunt factori la fel de importanţi ai succesului terapeutic.

Ionescu (1990) consideră că selecţia pacienţilor pentru psihoterapie şi interviul iniţial impune:

1) motivaţie clară pentru psihoterapie;
2) dorinţa puternică de schimbare;
3) un anumit grad de forţă al Ego-ului;
4) o anumită capacitate de relaţionare şi
5) un anumit grad de dezvoltare cognitivă.

Particularităţi ale terapeutului

Terapia este o relaţie intensă, intimă şi vulnerabilă dintre oameni. Un factor comun al eficacităţii terapiei este reprezentat de calitatea relaţiei dintre pacient şi terapeut. Într-o anumită măsură terapia este mai puţin importantă decât calităţile terapeutului. Din această perspectivă asumpţia conform căreia terapia va fi mult mai eficientă atunci când terapeutul şi pacientul prezintă o similaritate ridicată pare verosimilă, de asemenea există dovezi conform cărora sexul, rasa, naţionalitatea ori personalitatea au un impact secundar asupra rezultatelor terapiei.

Empatia de care dau dovadă terapeuţii şi felul în care sunt percepuţi de către pacienţi este un factor important al eficacităţii psihoterapiei. Un studiu al Universităţii Vanderbilt arăta că studenţii cu tulburări de anxietate care au fost trataţi de către psihoterapeuţi şi cei care au fost trataţi de către profesori au prezentat aceeaşi rată a reducerii simptomatologiei (Sdorow, 1993).

Datele celor mai multe studii susţin ideea conform căreia caracteristicile personale ale terapeuţilor sunt mai importante decât antrenamentul şi experienţa în eficacitatea intervenţiei terapeutice. Totuşi, studiile vor demonstra felul în care interacţionează aceşti factori precum şi felul în care se combină aceştia efectiv.

Având în vedere rafinarea continuă a metodelor de studiu în ceea ce priveşte eficacitatea terapiei şi a terapeutului nu este departe ziua în care vom putea afirma cu siguranţă spre exemplu că desensibilizarea sistematică implementată de către un psiholog empatic se dovedeşte a fi superioară în cazul persoanelor de vârstă mijlocie cu fobie socială.

I.5.2. Formarea psihoterapeutului

Formarea psihoterapeutului are la bază normele precizate de către Consiliul Mondial al Psihoterapiei prin Declaraţia de la Strasbourg din 1992. Plante (2005) considera că formarea presupune:

a. *Pregătire teoretică.* Această instruire este asigurată de curricula universitară.

b. Instruirea într-o *formă specifică de psihoterapie.* Profesorii formatori trebuie să fie psihoterapeuţi acreditaţi în acea formă de psihoterapie.

c. *Aplicarea.* Cursanţii trebuie să fie angajaţi într-o instituţie a Ministerului Sănătăţii, Ministerului Educaţiei Naţionale sau în organizaţii guvernamentale sau nonguvernamentale unde oferă servicii de consiliere psihologică şi psihoterapie.

d. *Supervizarea* este pusă în practică de psihoterapeuţi acreditaţi în acea formă de psihoterapie.

Această schemă generală de formare în psihoterapie ia o formă specifică în funcţie de programul fiecărei şcoli în parte.

I.5.3. Psihoterapia poate fi dăunătoare?

În opoziţie cu datele statistice promiţătoare şi generatoare de optimism există totuşi argumente puternice împotriva eficacităţii psihoterapiei. Aceste argumente sunt atât filosofice cât şi empirice. Consilierea sau psihoterapia, în orice formă, constituie un proces opresiv. Acestea sunt opresive datorită dezechilibrului de putere dintre terapeut şi client, adică oferind terapeuţilor autoritatea de a judeca (şi uneori chiar de a condamna) la proprii clienţi gânduri, comportamente şi sentimente ca fiind inacceptabile.

Când cineva care a fost stigmatizat ca „bolnav psihic", înverşunarea de a-şi menţine propria viziune în faţa dezaprobării sociale, este considerată de terapeuţi ca o dovadă în plus a bolii (Masson, 1988, p. 9).

Aceste acuzaţii sunt redutabile. Deşi ar fi uşor şi reconfortant pentru aceia dintre noi care practică psihoterapia să respingem această perspectivă, noi credem că este esenţial să se recunoască şi să se exploreze poziţia prezentată anterior precum şi posibilitatea ca psihoterapia şi consilierea să poată fi cel puţin uneori, şi, probabil, neintenţionat o forţă distructivă în viaţa clienţilor. În plus, opoziţia filosofică a lui Masson faţă de tratament nu este singurul argument existent că terapia poate fi dăunătoare pentru clienţi.

Psihoterapeutul se găseşte, faţă de pacient, într-o situaţie de superioritate. Pacientul are nevoie de securitate, el este „incompetent în planul cunoaşterii" şi face apel la cel care ştie cum să-l trateze. Obligaţiile care caracterizează rolul psihoterapeutului garantează pacientului faptul că slăbiciunea sa nu va fi exploatată. Codul deontologic exercită un control asupra celor care ar putea devia de la normele stabilite (cum ar fi: A.P.R. şi C.P.R. în România); dar anumite reglementări profesionale nu garantează întotdeauna apărarea pacientului şi par a fi, adesea, justificarea ideologică a

unei situaţii de putere şi privilegii economice. Ele reflectă mai mult situaţia politică, economică şi socială a psihoterapiei, decât obiectivitatea terapeutică.

Asociaţiile de profil solicită din partea psihoterapeuţilor adesea: a. păstrarea caracterului confidenţial al datelor obţinute de la pacienţi; b. terapeutul trebuie să fie conştient de propriile limite; c. evitarea solicitării excesive a unor detalii irelevante; şi d. pacientul trebuie tratat cu onestitate şi atitudine de acceptare.

Capitolul II

EVALUARE ŞI DIAGNOZĂ

Letiţia Filimon

II.1. Structura procesului de evaluare

II.2. Etape în evaluarea clinică
- II.2.1. Evaluarea problemei pacientului
- II.2.2. Achiziţionarea informaţiilor legate de conţinutul problemei
- II.2.3. Colectarea datelor
- II.2.4. Interpretarea datelor

II.3. Instrumente de evaluare
- II.3.1. Interviul clinic
- II.3.2. Liste internaţionale de verificare pentru diagnostic (International Diagnostic Checklist – IDCL)
- II.3.3. Probe psihometrice
  - II.3.3.1. Instrumente scurte pentru evaluarea planificării, monitorizării şi rezultatelor tratamentului
  - II.3.3.2. Testele psihologice

II.4. Evaluare multiaxială şi diagnoză multiplă

II.1. STRUCTURA PROCESULUI DE EVALUARE

Stabilirea diagnosticului şi opţiunea pentru o anumită intervenţie psihoterapeutică se întemeiază pe evaluarea clinică. Obiectivele evaluării sunt: 1) identificarea contraindicaţiilor pentru psihoterapie; 2) investigarea corectă şi elaborarea unui model dinamic al pacientului, urmate de decizia terapeutică; 3) valorificarea informaţiilor în activitatea psihoterapeutică.

Se recomandă ca procedurile de evaluare sa fie repartizate pe durata a minimum două întrevederi. Durata fiecărei întâlniri este de aproximativ o oră.

Corelarea problemelor psihologice relevante cu informaţiile referitoare la trecut sau la stresorii actuali, rezultate din aplicarea unor metode specifice, face posibilă evaluarea corectă şi stabilirea unui diagnostic precis, înscris fie în cadrele ICD-10 (1992), fie în cele ale DSM-IV (1994, 2003). Se alege tipul de intervenţie, iar pacientul primeşte informaţii scrise în legătură cu modalitatea aleasă. El poate completa teste sau scale de autoevaluare specifice programului în care se angajează. Completarea probelor este văzută ca o etapă pregătitoare a psihoterapiei. Se încurajează astfel, introspecţia, se adună informaţii, se identifică priorităţi.

La următoarea întâlnire se stabileşte un feedback adecvat al sesiunii precedente, prin valorificarea concluziilor probelor aplicate. Este necesar ca evaluatorul să cunoască foarte exact rezultatele, să dispună de informaţii suplimentare din alte surse: rezultate medicale, referinţe ale altor specialişti, relatări ale altor persoane. El trebuie să adopte o atitudine neutră, să se exprime clar, precis, să fie deschis, să dispună de suficiente ipoteze referitoare la semnificaţia rezultatelor, să menţină interesul în limitele obiectivelor explorării, să acorde atenţie exemplelor din viaţa reală, să accentueze rolul pacientului în definirea problemelor. Neutralitatea adoptată pe tot parcursul întrevederilor este menită să stimuleze angajarea pacientului într-un proces terapeutic serios. Se acordă atenţie deosebită evitării interpretărilor. Toate rezultatele se descriu cu amabilitate, necritic, într-un limbaj oarecum tehnic, ce încurajează explorarea cognitivă. Pentru a evita rezistenţa se utilizează maniera factuală de prezentare. Se pot cita rezultatele interviului sau ale chestionarelor (McKenzie, 1997, Groth-Marnat, 2003).

Rolul psihologului în procesul de evaluare este de a găsi soluţii la probleme specifice şi de a le direcţiona spre o decizie adecvată. El integrează astfel, numeroase informaţii factuale şi cunoştinţe din diferite domenii ale psihologiei: teorii ale personalităţii, psihologie clinică, probleme ale adaptării, normalitate şi anormalitate, elaborarea şi validarea probelor psihologice. Este necesar să construiască ipoteze interpretative, să le identifice modalităţile de validare, să caute cea mai precisă şi mai relevantă descriere a persoanei care a apelat la serviciile sale sau a fost trimisă spre evaluare, să ofere răspunsuri la întrebări specifice (Morrison, 2007).

II.2. ETAPE ÎN EVALUAREA CLINICĂ

Evaluarea clinică se realizează în mai multe etape a căror diferenţiere este posibilă doar sub aspect conceptual. În realitate, ele apar nu numai succesiv, ci şi simultan şi interacţionează. Prin parcurgerea etapelor, clinicianul îşi poate îndeplini rolul de integrator al datelor şi de expert în analiza comportamentului uman, depăşind ipostaza tradiţională de simplu interpret al scorurilor testelor, iar evaluarea devine utilă întrucât, vizează probleme individuale specifice şi oferă repere pentru elaborarea deciziei în legătură cu aceste probleme (Groth-Marnat, 2003, 2009). Etapele evaluării clinice sunt descrise în acest subcapitol.

II.2.1. Evaluarea problemei pacientului

Dificultăţile evaluării psihologice sunt determinate de multe ori de clarificarea neadecvată a problemei cu care se prezintă sau pentru care este trimis pacientul, deoarece, solicitarea de evaluare nu este efectuată corespunzător. Pentru a exploata calităţile şi pentru a explica limitele instrumentelor de evaluare, pentru a oferi informaţii utile, clinicianul trebuie să clarifice natura cererii care i se adresează, să descopere aspecte ascunse, expectanţe nemărturisite, relaţii interpersonale complicate. Este necesar să înţeleagă modelul conceptual, terminologia, schimbările şi aşteptările specifice cadrului de referinţă în care va lucra. Răspunzând unor solicitări specifice de evaluare, foarte rar solicitării de a efectua o evaluare globală, specialistul urmează să ia contact pe parcursul evaluării cu diferite surse de referinţă, să integreze datele, să clarifice sau să schimbe problema de referinţă desprinsă din informaţiile preliminare din interviul iniţial.

II.2.2. Achiziţionarea informaţiilor legate de conţinutul problemei

Înainte de începerea evaluării este necesară lămurirea naturii problemei pacientului, prin înscrierea în definiţii operaţionale. De asemenea, trebuie efectuată selecţia instrumentelor de evaluare, astfel încât, să fie aplicabile pacientului respectiv şi situaţiei sale specifice. Competenţele de administrare şi cotare nu sunt suficiente, dacă nu li se adaugă informaţii legate de fidelitatea şi validitatea probelor, de adecvarea lor la atributele socio-culturale ale subiectului, de motivaţia pentru examinare, de nivelul de rezistenţă anticipat. Eficienţa instrumentelor de evaluare se analizează în ultimă instanţă, prin raportare la criteriul esenţial: utilitatea pentru procesul terapeutic.

II.2.3. Colectarea datelor

Colectarea datelor presupune utilizarea unor surse multiple: scorurile testelor, istoria personală, observaţii asupra comportamentului, interviul, fişe medicale, rapoarte sau observaţii psihologice anterioare, înregistrări ale

activităţilor, discuţii cu familia sau cu alte persoane care pot oferi informaţii relevante. În această etapă se schiţează ipoteze sau se formulează probleme ce vor fi clarificate ulterior. Folosirea probelor psihometrice nu este un scop în sine, ci una din sursele de obţinere a datelor. În multe cazuri, istoria persoanei este deosebit de semnificativă pentru identificarea problemelor actuale şi pentru argumentarea interpretărilor scorurilor obţinute la teste, pentru a elabora predicţii ori pentru a semnala riscuri serioase, cum ar fi suicidul.

II.2.4. Interpretarea datelor

Evaluarea se finalizează cu stabilirea nivelului actual de funcţionare, precizarea evoluţiei tulburării (predispoziţii sau vulnerabilitate, incidente critice, precipitare, recurenţă), elaborarea predicţiei şi recomandările terapeutice. Accentul trebuie să cadă pe înţelegerea cât mai precisă a subiectului, fără a se forţa încadrarea într-un sistem de clasificare sau într-o tipologie.

Pe baza colecţiei iniţiale de date se construiesc inferenţe despre caz. De exemplu, se stabileşte prezenţa simptomelor depresive, se explică nivelul de funcţionare în diferite planuri, se precizează dacă depresia reprezintă o reacţie la dificultăţile actuale sau este o tulburare clinică. Este important să se efectueze raţionamente multiple în scopul orientării cercetării, a îmbogăţirii bazei de date ce vor fi folosite la probarea ipotezelor.

Investigarea validităţii inferenţelor este urmată de respingerea unora, schimbarea semnificaţiilor ori creşterea credibilităţii altora sau chiar elaborarea de noi raţionamente. Rezultatul procesului de testare a validităţii inferenţelor îl constituie formularea şi integrarea ipotezelor, construirea unui model dinamic al pacientului şi în final, predicţia.

II.3. INSTRUMENTE DE EVALUARE

Procesul de evaluare identificat până spre mijlocul secolului XX cu testarea, a devenit astăzi mult mai complex, odată cu transformările statutului psihologului. Acesta nu mai este un simplu utilizator de teste, ci se implică tot mai puternic în domeniile cheie ale societăţii, pe arii din ce în ce mai diversificate, cu strategii şi metode a căror eficienţă nu mai poate fi pusă la îndoială. Evaluarea rămâne una din pârghiile esenţiale ale activităţii psihologului, dar instrumentele s-au diversificat. În consecinţă, evaluarea destinată stabilirii diagnosticului şi orientării pacientului spre serviciile psihoterapeutice, foloseşte pe lângă teste, interviul clinic, observaţii asupra comportamentului în mediul de viaţă al subiectului, observaţii asupra interacţiunilor sociale, măsurarea comportamentului, măsurarea neuropsihologică etc. Instrumentele de evaluare cu cea mai largă utilizare sunt descrise în continuare.

II.3.1. Interviul clinic

Interviul, cel mai important mijloc de colectare a datelor în timpul examinării psihologice, oferă informaţii ce nu pot fi obţinute pe alte căi (expresii comportamentale, reacţii la situaţia actuală), lămureşte semnificaţiile rezultatelor testelor şi creează premise pentru înţelegerea şi rezolvarea problemelor pacientului. Departe de a fi confundat cu o simplă conversaţie, interviul abordează fapte, stări, sau manifestări neplăcute, jenante, este orientat spre realizarea unor obiective precis definite, se derulează în secvenţe distincte sau se organizează în jurul unei teme (Groth-Marnat, 2003, 2009; Marian, 2004 a; Sayers şi Tomchot, 2006).

Gradul de structurare, orientarea spre rezolvarea problemelor, versus, orientarea spre expresivitate, nivelul directivităţii, conţinutul ori procesele constituie dimensiuni de bază ale interviului, puternic influenţate de orientarea teoretică şi de considerente de ordin practic. Există interviuri care permit subiectului să treacă liber de la o problemă la alta sau interviuri directive, orientate spre scop. Interviul nestructurat permite autoexplorarea şi obţinerea unor detalii semnificative din istoria subiectului, despre modul în care îşi organizează răspunsurile, dar ridică probleme în privinţa fidelităţii, a validităţii şi a raportului costuri-beneficii. Interviul structurat este folosit nu numai în cercetare, ci din ce în ce mai mult şi în evaluarea clinică cu destinaţie terapeutică, datorită calităţilor sale psihometrice şi posibilităţilor sporite de administrare, implicit eficienţei sale ridicate. Dezavantajul său este diferenţierea redusă a răspunsurilor subiecţilor şi omiterea unor elemente individuale esenţiale pentru diagnoză şi intervenţie.

Tehnicile folosite pentru realizarea obiectivelor evaluării diferă. Majoritatea practicienilor folosesc formulare standardizate cu întrebări directe vizând elemente de bază din istoria persoanei, pentru a se concentra asupra celorlalte aspecte într-o manieră deschisă, flexibilă. Se pot utiliza liste de verificare pentru a se asigura cuprinderea tuturor etapelor şi a domeniilor (evoluţia problemei, date despre familie, istoria personală, imaginea de sine, evenimentele cele mai triste şi cele mai fericite, temeri, frici, vise repetate, acuze somatice etc.) sau se optează în exclusivitate pentru interviul structurat.

Repere în desfăşurarea interviului

Directiv sau nondirectiv. Opţiunea specialistului pentru nivelul de directivitate şi de structurare este dependentă de pregătirea sa teoretică şi de motive de ordin practic. Abordarea nestructurată încurajează pacientul în adâncirea introspecţiei, stimulează deschiderea şi cooperarea, facilitează autodescrierea şi oferă psihologului posibilitatea detectării stărilor emoţionale sau a dificultăţilor nemărturisite conţinute în comportamentul paraverbal sau nonverbal al subiectului. Stilul direct, întrebare-răspuns, se dovedeşte mai adecvat în cazul unui pacient necooperant. Dacă atenţia se concentrează asupra comportamentului, este indicată forma structurată şi directivă. Se colectează astfel, mai eficient, date despre simptomele actuale, despre atitudini legate de

comportament, despre problemele de relaţionare, despre funcţionarea socio-ocupaţională. Dacă se urmăreşte obţinerea informaţiilor privind motivele bazale şi dinamica ascunsă a psihicului, cea mai potrivită abordare este cea psihodinamică nestructurată.

Răspunsurile. Studiile efectuate asupra tipurilor de exprimare s-au oprit asupra răspunsurilor de *clarificare, încercare, confruntare, înţelegere, ascultare activă, reflecţie, feedback, rezumare, verificare a semnificaţiei, auto-descoperire, verificare a percepţiei, folosire de exemple concrete, legături terapeutice.*

S-a sugerat ca în deschiderea interviului să se opteze pentru întrebări deschise ţintite, iar pe parcurs, după observarea răspunsurilor subiectului, să se folosească întrebări mai directe. Astfel, el se poate organiza, se poate înţelege şi se exprimă fără a se ghida prea mult după un model exterior, poate dezvălui aspecte semnificative ieşite din comun în legătură cu propria persoană, ceea ce evident, influenţează interpretarea datelor şi decizia terapeutică. Se înregistrează tonul vocii, nivelul energiei, fluenţa verbală, nivelul asertivităţii, ezitările şi domeniile anxietăţii.

Răspunsurile care exprimă un nivel intermediar de directivitate sunt facilitarea, clarificarea şi confruntarea. *Facilitarea* menţine şi încurajează fluenţa dialogului. *Clarificarea* este recomandată atunci când răspunsurile sunt indirecte, subtile sau ambigue. Pentru clarificare se pot solicita exemple concrete. *Confruntarea* este necesară în cazul inconsistenţei informaţiilor – conţinut improbabil sau puţin probabil, discrepanţe între ceea ce persoana este şi ceea ce vrea să fie, între ceea ce spune şi ceea ce face, între felul în care declară că se percepe şi felul în care este percepută de evaluator. Scopul confruntării în procesul de evaluare este obţinerea unor informaţii mai profunde, în timp ce confruntarea terapeutică este destinată încurajării pacientului în procesul de auto-explorare şi schimbare comportamentală sau mentală. Atunci când interviul precede şi creează premise pentru terapie, distincţia nu este semnificativă. Confruntarea trebuie susţinută de un nivel adecvat de apropiere, altfel poate duce la deteriorarea relaţiei, la reacţii de apărare din partea subiectului. Se pot utiliza întrebări directe pentru a acoperi golurile din răspunsuri (Marian, 2004, a).

În concluzie, stilul şi succesiunea întrebări-răspunsuri ar putea arăta astfel: întrebări deschise-ţintite pentru început, răspunsuri structurate, facilitare, clarificare, confruntare şi întrebări directive în final. Succesiunea întrebărilor trebuie sa fie flexibilă pe tot parcursul interviului.

Extensiunea. Interviul destinat evaluării trebuie să se axeze în principal pe identificarea problemelor: natura, severitatea, domeniile cu care se află în legătură, condiţiile în care s-au agravat, antecedente, consecinţe. Pentru a se asigura acoperirea majorităţii domeniilor se utilizează liste de verificare, iar completarea lor are la bază succesiunea de întrebări – răspunsuri de mai sus.

Listele de verificare conţin în esenţă, următoarele categorii:

1. *aspectul general şi comportamentul* (atractivitate fizică, îmbrăcăminte, postură, gesturi, vorbire, igienă, îngrijire personală, aspecte fizice mai puţin frecvente, contact vizual, expresie facială, nivel de activare, nivel de participare şi de cooperare, manifestări neobişnuite, bizare, sau evenimente apărute în timpul interviului);
2. *afectivitatea – caracteristicile generale* (profunzime, intensitate, durată, adecvare) şi *dispoziţia* (anxioasă, depresivă, euforică, ostilă etc.) din timpul interviului, pot fi deduse din expresia facială, mişcări, gesturi, vorbire;
3. *percepţia* – se înregistrează prezenţa iluziilor şi a halucinaţiilor;
4. *cogniţia* – evaluarea funcţionării intelectuale trebuie să ia în considerare nivelul de instruire, statutul socio-economic, cultura subiectului. În mod obişnuit, funcţionarea intelectuală implică înţelegerea scrisului şi cititului, o bază de cunoştinţe generale, abilităţi de calcul, interpretarea semnificaţiei expresiilor. Evaluarea funcţionării intelectuale în cursul interviului poate fi mai precisă dacă se folosesc teste de inteligenţă;
5. *orientarea* – vizează nivelul în care subiectul ştie cine este, unde se află, ce evenimente s-au desfăşurat în trecut sau ce se întâmplă în prezent. Legate de orientare sunt procesele de recepţie şi integrare a informaţiei, conştientizarea lumii externe şi reactivitatea la semnalele acesteia;
6. *memoria, atenţia* - memoria de lungă durată poate fi evaluată prin apel la baza de cunoştinţe generale sau prin teste specifice ori prin evocarea evenimentelor majore de viaţă. Precizia evocării se apreciază prin comparare cu înregistrările obiective ale evenimentelor. Similar, memoria de scurtă durată poate fi evaluată prin solicitarea evocării evenimentelor recente şi prin teste. Atenţia se apreciază pe baza indicatorilor comportamentali, a reactivităţii şi prin teste specifice;
7. *autocunoaşterea şi autocontrolul* se referă la abilităţile de evaluare a semnificaţiei şi a impactului comportamentului asupra altora, la anticiparea riscului şi a şanselor, la modul de planificare a viitorului, la formularea şi testarea ipotezelor privind propriul comportament şi comportamentul celorlalţi, la procesul de atribuire, la rezolvarea problemelor.

În general, se consideră că gândirea îşi găseşte expresia în limbaj şi se operează distincţii între procesul gândirii şi conţinutul gândurilor. Pot fi supuse analizei: coerenţa, spontaneitatea, comprehensivitatea limbajului, schimbarea temelor de discuţie, asocierile, numărul ideilor emise, prezenţa iluziilor în expresiile verbale ale subiectului.

Evitarea întrebării „De ce?" şi înlocuirea cu întrebarea „*cum*" este menită să reducă reacţiile de apărare ale subiectului şi să evite justificările. Întrebarea „*De ce*?" sună acuzator sau critic, determină pacientul să îşi verifice comportamentul, să disocieze aspectul descriptiv de cel emoţional.

Interpretarea datelor interviului

Interpretarea şi integrarea datelor interviului intr-un raport psihologic implică judecata clinică. La fel ca şi interviurile nestructurate, şi în cele

structurate specialistul trebuie să decidă asupra includerii sau excluderii unor informaţii. Pentru efectuarea unei judecăţi precise şi pentru întocmirea unui raport corect, esenţial pentru eficienţa intervenţiei psihoterapeutice, trebuie respectate câteva principii:

- interviul reprezintă instrumentul primar pe care se întemeiază ipotezele referitoare la pacient;
- datele interviului se evaluează pe baza corelării informaţiilor cu cele rezultate din alte instrumente şi cu scopurile evaluării. Datele pot fi grupate în funcţie de conţinutul domeniilor (gânduri, preocupări, interese, evenimente de viaţă) sau în funcţie de procese (comportamente neobişnuite, tonul vocii, nivelul activării/tensiunii);
- există posibilitatea organizării şi interpretării datelor în funcţie de temele care apar de cele mai multe ori în mod firesc pe parcursul interviului.

Interviul standardizat

Interviurile standardizate au fost elaborate pentru a diminua dezacordurile între specialişti legate de sursele de informaţii şi natura criteriilor de evaluare şi diagnoză, pentru a controla sursele de varianţă. Ele sunt menite să aducă valorile indicatorilor fidelităţii şi validităţii în limitele acceptate de comunitatea ştiinţifică.

Fiecare metodă de interviu a fost construită în concordanţă cu criteriile unui sistem de diagnostic: Criteriile lui Feighner (1972), Criteriile de Diagnostic pentru Cercetare (Research Diagnostic Criteria, RDC) (Spitzer şi colab., 1978), DSM-III-R (1987) şi DSM IV (1994). S-au construit de asemenea, variante computerizate ale interviurilor standardizate. Manualul fiecărui interviu precizează condiţiile de aplicare, persoanele calificate pentru efectuarea interviului, timpul de aplicare, cotarea şi sursele pentru obţinerea programelor. Pentru fiecare au fost stabilite fidelitatea, validitatea şi căile de determinare ale acestora interviuri standardizate sunt sintetizate în continuare.

Programul pentru tulburări afective şi schizofrenie (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - SADS)

Programul pentru tulburări afective şi schizofrenie (SADS) este un interviu standardizat şi semistructurat destinat colectării sistematice a informaţiilor necesare pentru a stabili diagnosticul diferenţial pentru 25 de categorii diagnostice ale RDC (Endicott şi Spitzer, 1979). SADS se desfăşoară în conformitate cu rigorile interviului clinic. Interviul conţine întrebări privind dispoziţia, simptomele şi perturbările, evoluţia tulburărilor, vârsta la care s-au instalat, numărul şi duratele episoadelor, alte caracteristici asociate.

Prima parte se concentrează asupra fenomenologiei actuale din săptămâna premergătoare interviului şi la simptomatologia cea mai gravă din perioada recentă a tulburării. Partea a doua se referă la aspectele trecute ale tulburărilor şi la problemele actuale. Cuantificarea simptomelor actuale din prima parte se face pe o scală cu 6 puncte ce indică nivelul de severitate. SADS

în această versiune se foloseşte pentru pacienţii din serviciile ambulatorii şi pentru cei spitalizaţi.

Aplicarea interviului se face de către persoane cu experienţă în utilizarea metodei, ce posedă cunoştinţe de psihopatologie la nivel academic: psihiatri, psihologi, asistenţi sociali, cercetători. Pregătirea teoretică şi abilităţile practice sunt necesare deoarece, interviul solicită efectuarea unor judecăţi şi a unor opţiuni legate de conceptele şi simptomele clinice.

Durata programului este de o oră şi jumătate – două ore, în funcţie de versiunea cu care se lucrează, de detaliile privind trecutul pacientului, de condiţiile mentale actuale.

Valorile indicatorilor psihometrici diferă în funcţie de tipul de tulburare. De exemplu, coeficientul Cronbach înregistrează valori cuprinse între .83 şi .88 în cazul depresiei majore. Validitatea concurentă determinată prin raportare la scale sau liste de verificare a înregistrat corelaţii cuprinse între .42 şi .90.

SADS are capacitatea de a testa ipotezele legate de clasificarea şi subtipurile tulburărilor afective şi de a opera distincţii semnificative între grupuri. Interviul şi RDC oferă un diagnostic relativ stabil pe parcursul vieţii.

Calcularea scorului poate fi realizată de către persoanele specializate în aplicarea interviului, dar există şi un sistem algoritmic computerizat. Manualul interviului şi cel ce cuprinde RDC oferă materiale pentru antrenament şi instrucţiuni de folosire a programului şi a criteriilor. Deşi s-a constatat că există un acord satisfăcător între cele două modalităţi de calcul, se consideră că există limite ale aplicării computerizate.

Există versiuni translatate în limbi străine: franceză, spaniolă, japoneză, utile în cercetările interculturale.

Programul de interviu pentru diagnostic (Diagnostic Interview Schedule - DIS)

La solicitarea Institutului Naţional pentru Sănătate Mentală (The National Institute of Mental Health, NIMH), Robins, Helzer, Croughan şi Ratcliff (1981) elaborează un sistem ce permite înregistrarea prezenţei ori absenţei simptomelor, cotarea nivelului de severitate, precum şi înregistrarea prezenţei simptomelor în contextul altor tulburări (boli somatice, consum de substanţe).

Integrat într-un proiect de cercetare, DIS a fost destinat colectării datelor referitoare la prevalenţa tulburărilor psihopatologice şi psihiatrice în comunităţi. Aplicarea interviului solicită abilităţi pentru diagnosticul diferenţial.

DIS furnizează informaţii pentru trei sisteme de diagnostic: criteriile lui Feighner (1972), RDC (Spitzer şi colab., 1978) DSM-III şi DSM III-R (1980 şi 1987): 14 categorii din criteriile lui Feighner, 25 de categorii din RDC şi 32 de categorii diagnostice din DSM-III.

DIS solicită evaluarea simptomelor sau a problemelor experimentate în perioada actuală sau pe parcursul vieţii. Simptomele sunt evaluate prin raportare la patru perioade de timp: ultimele două săptămâni, ultima lună, ultimele şase luni şi ultimul an. DIS oferă informaţii referitoare la vârsta

căutării serviciilor medicale pentru un anumit simptom, vârsta la care s-a instalat primul simptom, vârsta instalării ultimului simptom. De asemenea, oferă date privind severitatea simptomelor şi măsura în care pot fi atribuite bolilor somatice.

Calcularea scorului utilizează un formular precodat. De asemenea, există programe computerizate pentru aplicarea, înregistrarea rezultatelor şi calcularea scorului.

Interviurile clinice structurate pentru DSM-IV (Structured Clinical Interviews for DSM IV - SCID)

Interviurile clinice structurate pentru DSM-IV: *Interviul Clinic structurat pentru Tulburările Clinice ale Sugarului, Copilului şi Adolescentului. KID-SCID* (Hien, Matzner, First, Spitzer, Williams şi Gibbon, 1994, 1998, 2004), *Interviul Clinic structurat pentru Tulburările Clinice de pe Axa I a DSM – Versiune Clinică. SCID I* (First, Spitzer, Gibbon şi Williams, 1997), *Interviul Clinic structurat pentru Tulburările Clinice de pe Axa I a DSM – Versiune Cercetare. SCID I* (First, Spitzer, Gibbon şi Williams, 1997) şi *Interviul Clinic structurat pentru Tulburările Clinice de pe Axa II a DSM - SCID II* (First, Gibbon, Spitzer, Williams şi Smith Benjamin (1997) sunt adaptate în limba română de un grup de cercetători din cadrul Institutului Internaţional de Studii Avansate în Psihoterapie şi Sănătate Mentală Aplicată din cadrul Universităţii Babeş-Bolyai, sub coordonarea lui Daniel David şi publicate în anul 2007. Institutul deţine drepturile exclusive asupra acestor instrumente, permite utilizarea lor gratuită în scopuri de cercetare şi în condiţii riguros determinate şi oferă training (www.psychotherapy.ro). Este descris în continuare primul interviu.

Interviul Clinic structurat pentru Tulburările Clinice ale Sugarului, Copilului şi Adolescentului. KID-SCID este un interviu semistructurat ce permite diagnoza unor tulburări mentale în conformitate cu DSM IV. Interviul conţine la început, o secţiune de cotare succedată de un interviu general. Urmează modulele ce evaluează fiecare o anumită clasă de tulburări: Tulburările de Comportament Disruptiv, Episoadele Afective şi Psihotice, Tulburările Afective şi Psihotice, Tulburările Anxioase, Tulburările în Legătură cu Alcoolul şi Substanţele şi Tulburările de Adaptare. Interviul este alcătuit din trei coloane: coloana din mijloc conţine criteriile DSM IV pentru fiecare tulburare, coloana din stânga cuprinde întrebările pe baza cărora evaluatorul stabileşte dacă sunt întrunite criteriile, iar coloana din dreapta conţine rubrici pentru codarea răspunsurilor. Stabilirea gradului în care sunt satisfăcute criteriile de diagnostic necesită judecata clinică. Ea se focalizează atât pe analiza şi interpretarea răspunsurilor la întrebări cât şi pe examenul statusului mintal.

Interviul poate fi administrat de specialiştii din domeniul sănătăţii mentale ca ghid în practica profesională sau în activitatea de cercetare. Utilizarea interviului se face pe baza unui training corespunzător. Diagnosticul

psihiatric rezultat din interviu poate fi utilizat formal numai de către medicul psihiatru.

II.3.2. Liste internaţionale de verificare pentru diagnostic (International Diagnostic Checklist – IDCL)

Listele de verificare IDCL-ICD-10 şi ICDL-DSM-IV propun o alternativă de evaluare a semnelor şi simptomelor tulburărilor mentale în raport cu evaluarea prin interviu. Ele pornesc de la dezavantajele interviurilor standardizate: limitarea la circumstanţe precis determinate, dificultăţile de natură economică ale aplicării, încrederea în diagnostic condiţionată de omogenitatea grupelor, consumul de timp, dificultăţile explorării verbale pentru pacienţii care refuză comunicarea, simulează sau traversează o criză acută, relevanţă semnificativă doar la pacienţii cu simptome acute.

IDCL oferă o evaluare ştiinţifică şi standardizată pentru ICD-10 şi pentru DSM-IV permiţând o examinare sistematică a criteriilor relevante şi a deciziilor de diagnoză, constituindu-se ca un instrument consistent, riguros stabilit, ce poate fi folosit pentru clasificarea pacienţilor într-un sistem standardizat (Hiller, Zaudig şi Mombour, 1996).

Prin folosirea listelor se colectează informaţiile relevante pentru stabilirea diagnosticului, în timpul consultaţiei obişnuite, pe baza observaţiilor sau a datelor de la o terţă persoană. Evaluatorul se poate concentra asupra celor mai proeminente acuze ale pacientului şi ulterior, asupra semnelor şi simptomelor, ceea ce este foarte important pentru stabilirea unei relaţii bazate pe încredere. Este indicată utilizarea în paralel a mai multor liste, pentru a se nota semnele, simptomele, criteriile de diagnostic. Nu trebuie să se ţină cont de ordinea criteriilor. Au prioritate simptomele acute.

Pe baza IDCL se pot formula ipoteze diagnostice care urmează a fi testate în timpul examinării clinice. Se ia în considerare informaţia relevantă, se evaluează, sau se reanalizează expectanţele. Se repetă procedura până la stabilirea diagnosticului (se confirmă sau se infirmă diagnoza iniţială). Dacă se infirmă, se stabilesc alte ipoteze. Se adună date suplimentare şi se verifică din nou ipotezele.

II.3.3. Probe psihometrice

II.3.3.1. Instrumente scurte pentru evaluarea planificării, monitorizării şi rezultatelor tratamentului

Utilizarea instrumentelor de evaluare scurte şi focalizate pe simptom a devenit tot mai evidentă în ultimele două decenii. Extinderea acestei forme de evaluare a fost determinată de imperative practice, de nevoia diminuării costurilor şi a duratei intervenţiilor terapeutice. Cercetarea ştiinţifică a stimulat solicitarea de instrumente de evaluare valide, cu aplicare rapidă şi a alimentat expectanţele organizaţiilor din domeniul sănătăţii mentale referitoare la

eficienţa tratamentului. Cele mai multe instrumente de evaluare din această categorie sunt autoevaluări având avantajul de a oferi percepţia pacientului asupra problemei, dar şi dezavantajele biasării, subevaluării sau supraevaluării problemei. Aceste riscuri sunt prezente şi în cazul în care se utilizează evaluări efectuate de alte persoane: membrii ai familiei, asistenţi sociali, medici de familie. Scalele de evaluare, inventarele chestionarele scurte şi focalizate pe simptom sunt descrise în lucrări publicate în edituri de prestigiu utile clinicienilor şi cercetătorilor (Fischer şi Corcoran, 2007). În continuare vor fi exemplificate aceste instrumente.

Scala de Evaluare a Simptomelor 90 Revizută (Symptom Check List 90-R, SCL 90-R)

SCL 90-R adaptată pe populaţia română de Mihai Marian (2008) şi versiunea scurtă a acesteia - Brief Symptom Inventory (BSI) - sunt instrumente de autoevaluare. Aşa cum sugerează numele, SCL 90-R este formată din 90 de descrieri ale simptomelor la care pacienţii sau clienţii evaluează nivelul de severitate. SCL 90-R poate valida sau pune probleme sincerităţii afirmaţiilor unui pacient, poate fi folosit pentru a urmări progresul pacientului sau se utilizează în cercetările clinice. Instrumentul este util în situaţii medico-legale, în cazul în care există posibilitatea ca individul să mimeze comportamentul de bolnav. Proba poate fi aplicată de psihologii clinicieni, specialiştii în sănătate mentală, psihiatrii, consilierii educaţionali sau de către cercetători.

Interpretarea vizează indexurile globale: Indexul Severităţii Globale, Indexul Simptomelor Pozitive de Stres, Total Simptome Pozitive, nivelele dimensiunilor (Somatizare, Obsesiv-Compulsiv, Sensibilitate Interpersonală, Depresie, Anxietate, Ostilitate, Anxietate Fobică, Ideaţie Paranoidă, Psihoticism) şi evaluările itemilor. Scorurile T peste 63 la două sau mai multe dintre dimensiunile anterioare sugerează nivele semnificative ale distresului psihologic. În plus, itemii legaţi de simptome care nu sunt cotaţi la aceste dimensiuni includ scăderea apetitului, tulburări de somn, frica de moarte, supraalimentaţia, trezire dimineaţa devreme, somn intermitent şi vină. Aceşti itemi pot aduce informaţii suplimentare în procesul de evaluare. Itemii la care clientul sau pacientul răspunde prin „extrem" pot fi consideraţi decisivi şi pot primi atenţie în mod special în evaluare, planificarea tratamentului şi în stabilirea unei linii de bază pentru implementarea tratamentului.

Inventarul pentru depresie Beck (Beck Depression Inventory - BDI)

BDI este cel mai frecvent citat şi cel mai utilizat instrument de măsurare a depresiei. Mai mult, el a devenit un etalon pentru validarea altor inventare sau scale de autoevaluare.

Itemii inventarului în viziunea autorului (Beck, 1967) reprezintă următoarele categorii „simptom-atitudine": dispoziţie depresivă, pesimism (lipsa speranţei), sentiment de eşec, deficit relaţional, sentimente de vină, nevoia de pedeapsă, ură de sine, autoreproş, dorinţe de suicid, plângeri,

irascibilitate, contacte sociale deficitare, capacitate de decizie redusă, imagine de sine negativă, incapacitate de muncă, insomnie, fatigabilitate, pierderea apetitului, scădere în greutate, ipohondrie, pierderea libidoului.

În versiunile mai recente, este stabilită o singură variantă pentru fiecare nivel, astfel încât, cei 21 de itemi au fiecare 4 nivele de severitate, cuprinse între 0 (absenţa depresiei) şi 3 (depresie maximă). Există o variantă scurtă a scalei, cuprinzând 13 itemi, selectaţi pe baza unei înalte corelaţii între aceştia şi scorul total.

Adaptat pentru toate vârstele, cel mai cunoscut inventar pentru măsurarea nivelului depresiei, a fost de asemenea, tradus şi utilizat cu succes în multe spaţii socio-culturale. Este uşor de administrat, necesită timp scurt, putând fi aplicat la diferite segmente de populaţie, indiferent de nivelul de cultură sau vârstă, datorită utilizării unui limbaj accesibil.

Autorul probei a adus o importantă contribuţie în explicarea etiologiei depresiei, accentuând mai ales, aspectele cognitive. El este citat în toate studiile de sinteză referitoare la cauzele, măsurarea şi tratamentul depresiei.

II.3.3.2. Testele psihologice

Multe teste psihologice au avantajul faţă de interviul clinic tradiţional, de a oferi stimuli şi norme de interpretare standard, făcând posibilă reducerea unor distorsiuni în judecata diagnostică (Anastasi şi Urbina, 1997).

Utilizarea testelor psihologice pentru diagnoza clinică este strâns legată de diagnosticul psihiatric. Analiza studiilor vizând diagnosticul psihiatric al minorităţilor, scoate în evidenţă importante implicaţii pentru testarea psihologică (Gray-Little, 1995; Gray-Little şi Kaplan, 1999). Se constată existenţa unei relaţii între etnicitate şi diagnoză, astfel încât, rasa şi etnicitatea pot fi uneori predictive pentru diagnoză, independent de simptome. O descoperire comună în acest sens, este că tulburările afective şi tulburările de personalitate sunt mai puţin diagnosticate la negrii decât la albii din Statele Unite, iar în populaţia clinică, procentul negrilor diagnosticaţi cu schizofrenie este de trei ori mai mare decât al albilor. Există distorsiuni în diagnoza clinică având la bază caracteristicile socio-culturale ale pacienţilor sau distanţa socială dintre diagnostician şi pacient. Astfel, membrii grupurilor minoritare sunt diagnosticaţi cu mai multă severitate ori subdiagnosticaţi, mai ales de către specialiştii proveniţi din grupul majoritar. Nu pot fi ignorate diferenţele în expresia distresului şi a psihopatologiei, ceea ce afectează interpretarea testelor şi precizia judecăţilor diagnostice.

Termenul de teste de personalitate se referă pe de o parte la inventare sau chestionare bazate pe autodescriere numite uneori, teste obiective şi la testele proiective, bazate pe prezentarea unor stimuli ambigui sau nestructuraţi la care subiectul urmează să răspundă. Studiile arată că în afara testelor de inteligenţă, cele mai frecvent utilizate teste în practica psihologică, în clinică sau în activităţile de pregătire a specialiştilor sunt: Testul Rorschach, Testul

Tematic de Apercepţie (TAT), Inventarul de Personalitate Multifazic Minnesota (MMPI şi MMPI 2), Inventarul de Personalitate Multifazic Minnesota pentru Adolescenţi MMPI - A Inventarul Clinic Multiaxial Millon (MCMI) (Gray-Little şi Kaplan, 1999). Vor fi ilustrate testul Rorschach şi MMPI.

Testul Rorschach

Publicat în anul 1921, testul Rorschach rămâne unul din cele mai populare instrumente de evaluare a personalităţii. Istoria sa este plină de controverse, de dispute între apărătorii clinicieni şi detractorii ancoraţi în cercetarea academică. Menţinerea interesului pentru testul Rorschach, se explică prin numeroasele aspecte atractive cu care se asociază. Evocat frecvent, misterul testului rezultă din simplitatea construcţiei şi din familiaritatea sarcinii: zece pete de cerneală simetrice bilateral, arătate pe rând subiectului solicitat să spună ceea ce vede în fiecare imagine prezentată, precum şi din bogăţia, ineditul şi precizia informaţiilor scoase la iveală de un expert.

Scopul aplicării îl constituie evaluarea structurii personalităţii, cu accent pe înţelegerea modului inconştient în care subiectul îşi organizează lumea. Premisa de la care a pornit autorul este că stimulii din mediu sunt organizaţi în mod specific de nevoile, motivele, conflictele şi seturile perceptive ale individului. Nevoia de organizare se accentuează şi devine evidentă în confruntarea cu stimuli ambigui cum sunt şi petele de cerneală. Pentru elaborarea răspunsului solicitat de examinator, subiectul îşi structurează percepţia prin evocarea conţinuturilor intrapsihice asociate – idei, imagini, impresii, experienţe (Rorschach, 2000). Ideea centrală pe care se bazează interpretarea testului Rorschach, este că procesul de organizare a răspunsurilor la test este reprezentativ pentru modul de confruntare cu alte situaţii ambigue care solicită organizare şi judecată.

Procedurile de administrare trebuie fie cât mai standardizate, întrucât există riscul de a influenţa răspunsurile chiar şi atunci când fluctuaţiile în stilul de administrare sunt reduse (Exner, 1993).

După formularea răspunsurilor şi înregistrarea acestora, se determină scorurile în conformitate cu trei categorii generale: locaţia sau zona din pată pe care se concentrează, determinanţii sau proprietăţile specifice ale cernelii utilizate în construirea răspunsurilor, conţinutul sau clasa de obiecte care apare în răspunsuri.

Interpretarea protocoalelor se întemeiază pe numărul relativ de răspunsuri cuprinse în categoriile de mai sus şi parcurge etapele evaluării Pentru validarea ipotezelor interpretative se iau în discuţie scorurile înalte şi cele joase determinate prin acumularea în timp a datelor normative şi se compară scorurile din protocolul individual cu evaluările normative (Groth-Marnat, 2009).

Categoriile generale de înregistrare par a fi simple, dar cotarea specifică şi interpretarea răspunsurilor la testul Rorschach, sunt extrem de

complexe. În consecinţă, formarea specialiştilor în utilizarea testului Rorschach necesită efort şi timp îndelungat. Deşi sistemele de înregistrare primară au anumite similarităţi acceptate, există diferenţe semnificative între elementele sistemelor. Ele reflectă de fapt, complexitatea şi ambiguitatea răspunsurilor legate de fiecare imagine. Cel mai frecvent utilizat sistem de înregistrare şi interpretare rămâne cel elaborat de Exner (1993, 2005).

Încercările de elaborare a unui sistem de codare precis şi general acceptat pentru autoevaluare, nu au dat rezultate încurajatoare.

Inventarul de personalitate multifazic Minnesota (MMPI)

MMPI este un chestionar standardizat ce solicită autodescrieri referitoare la nivelul adaptării emoţionale şi la atitudinea faţă de testare. MMPI a devenit cel mai larg utilizat inventar de personalitate pentru uz clinic. În legătură cu această probă s-au publicat mii de pagini şi datorită utilităţii clinice a fost utilizat ca etalon de măsurare în studii destinate cercetării.

Construirea MMPI a început în 1939 la Universitatea Minnesota de către Starke R. Hathaway şi J. Charnely McKinley. Scopul autorilor a fost crearea unui instrument pentru evaluarea pacienţilor adulţi şi pentru determinarea severităţii tulburărilor, iar ulterior, pentru fundamentarea estimărilor schimbărilor în viaţa pacientului produse de psihoterapie sau de alte variabile. Forma originală conţine 504 enunţuri afirmative la care se răspunde cu „adevărat" sau „fals". Numărul itemilor a crescut ulterior prin includerea itemilor care se repetă şi a scalelor 5 (masculinitate-feminitate) şi 0 (introversiune socială). Restandardizarea din 1989 a păstrat formatul de bază, dar a schimbat, a adăugat şi a renunţat la un număr de itemi, rezultând un total de 567 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen şi Kraemmer; *apud* Archer şi Smith, 2008). Majoritatea itemilor MMPI vizează simptome psihiatrice, psihologice, neurologice şi fizice, unii în mod evident, iar alţii într-o manieră indirectă, obscură. Conţinutul itemilor este extrem de diversificat, acoperind domenii ca: starea generală de sănătate, interese ocupaţionale, preocupări, fobii, probleme educaţionale, probleme morale.

Scorurile se calculează manual sau computerizat şi se rezumă pe o foaie de profil. Scorul individual se reprezintă pe un grafic şi se compară cu scorurile derivate din eşantioanele normative.

În prezent, MMPI şi MMPI2 conţin 13 scale din care 3 sunt pentru validitate şi 10 sunt scale clinice sau de personalitate. Scalele sunt cunoscute prin numărul lor de ordine sau prin abrevieri, după cum rezultă din tabelul II.1.

Pentru facilitarea interpretării scalelor tradiţionale şi în scopul cercetării au fost alcătuite scale adiţionale cum ar fi: forţa eului (Es), dependenţă (Dy), dominare (Do), prejudecată (Pr), statut social (St) (Butcher, Graham, Willias şi Ben-Porath, 1989).

Tabelul II.1. Scalele de bază din MMPI şi MMPI2

Denumirea scalei	Simbol	Nr. Cod	Nr. itemi MMPI	Nr. Itemi MMPI2
Scale de validitate				
Fără răspuns / Nu pot spune				
Minciună	L		15	15
Rar	F		64	60
Corecţie	K		30	30
Scale clinice				
Ipohondrie	Hs	1	33	32
Depresie	D	2	60	57
Isterie	Hy	3	60	60
Deviaţie psihopatică	Pd	4	50	50
Masculinitate-feminitate	Mf	5	60	56
Paranoia	Pa	6	40	40
Psihastenie	Pt	7	48	48
Schizofrenie	Sc	8	78	78
Hipomanie	Ma	9	46	46
Introversiune socială	Si	0	70	69

MMPI şi MMPI2 se aplică persoanelor care au vârsta de cel puţin 16 ani şi un nivel de şcolarizare de 8 clase, în condiţii de administrare similare celor din eşantioanele normative.

MMPI dispune de mai multe sisteme de interpretare computerizată eficiente în cumularea şi interpretarea unei mari cantităţi de informaţii derivate din literatura de specialitate. Serviciile computerizate sunt limitate la interpretări standardizate şi nu pot integra variabilele individuale unice utilizate în analiza cazurilor clinice. În consecinţă, rezultatele interpretărilor computerizate trebuie integrate în contextul general al pacientului, în situaţia actuală şi corelate cu rezultatele altor instrumente de evaluare.

MMPI a fost tradus în multe limbi, iar studiile de validitate în diferite grupuri culturale au făcut posibilă compararea datelor şi adaptarea probei. Evaluarea subiecţilor ce aparţin unor culturi diferite trebuie făcută cu multă precauţie, mai ales dacă se lucrează cu normele originale. În interpretarea profilelor este necesară luarea în considerare a valorilor culturale, a credinţelor şi normelor grupurilor. Chiar dacă scorurile rezultă dintr-o măsurare precisă a însuşirilor de personalitate, nu pot fi ignorate influenţele culturale reflectate în interpretările itemilor, răspunsuri dezirabile social, credinţe sau atitudini, conflicte de rol, relaţionare interpersonală.

Legată de problema influenţelor culturale este şi cea a influenţelor demografice: vârstă, gen, rasă, localizarea rezidenţei, inteligenţă, educaţie, statut socio-economic. Acelaşi scor are adesea semnificaţii diferite în funcţie de aceste variabile.

II.4. EVALUARE MULTIAXIALĂ ŞI DIAGNOZĂ MULTIPLĂ

Cea de a patra ediţie a Manualului de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV), publicat în 1994, revizuit în 2000 şi publicat în limba română în 2003, constituie baza diagnosticului oficial în majoritatea serviciilor de sănătate mentală din Statele Unite şi din multe alte ţări. Tulburările sunt similare celor cuprinse în Clasificarea Internaţionala a Bolilor, ediţia a 10-a (*International Classification of Diseases*, ICD-10), publicată în 1992 sub egida Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii. Sistemul ICD-10 este adoptat în majoritatea statelor lumii.

DSM-IV conţine cinci axe. Fiecare se referă la o categorie de informaţii cu valoare diagnostică implicate în planificarea intervenţiei psihoterapeutice şi în prognoză. Abordarea multiaxială oferă o viziune cuprinzătoare, compatibilă cu practica. Utilizarea manualului pentru stabilirea diagnosticului şi pentru orientarea intervenţiei este ghidată de mai multe lucrări destinate specialiştilor (Cole, 1998; La Bruzzo şi Mendez-Villarrubia, 1999; Munson, 2000; Morrison, 2007).

Cele mai multe categorii diagnostice din Axa I se asociază cu dificultăţi de relaţionare interpersonală şi cu o imagine de sine negativă. Aceste probleme constituie în primul rând, ţinta demersului psihoterapeutic. Categoriile de diagnostic din Axa I sunt reflectate în tabelul II.2.

Tabelul II.2. DSM-IV, Axa I – Tulburările clinice

1. Tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată in perioada de sugar, în copilărie sau adolescenţă
2. Deliriumul, demenţa, tulburările amnestice şi alte tulburări cognitive
3. Tulburări mentale datorate unei condiţii medicale generale neclasificate în altă parte
4. Tulburările în legătură cu o substanţă
5. Schizofrenia şi alte tulburări psihotice
6. Tulburările afective
7. Tulburările anxioase
8. Tulburările somatoforme
9. Tulburările factice
10. Tulburările disociative
11. Tulburările sexuale şi de identitate sexuală
12. Tulburările de comportament alimentar
13. Tulburările de somn
14. Tulburările controlului impulsurilor, neclasificate în altă parte
15. Tulburările de adaptare
16. Alte condiţii ce pot fi în centrul atenţiei clinice.

Sursa: adaptare după American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV), 1994, Washington D.C., American Psychiatric Association, p. 26.

Decizia diagnostică nu este un proces simplu, datorită coexistenţei la acelaşi pacient a simptomelor unor tulburări diferite, ceea ce ar îndreptăţi opţiunea pentru diagnoza multiplă sau prezenţei simptomelor comune datorită cărora încadrarea într-o categorie este la fel de discutabilă ca şi includerea în cealaltă. Aceste probleme pot fi cel mai bine exemplificate prin tulburările de dispoziţie, în special depresia şi tulburările de anxietate, deoarece simptomele anxietăţii, la fel ca cele ale depresiei, apar la majoritatea persoanelor selectate pentru psihoterapie.

Este dificil de multe ori, să se decidă dacă simptomele întrunesc criteriile pentru diagnosticul formal de tulburare depresivă datorită combinării frecvente cu simptomele anxietăţii sau prezenţei unor criterii comune la ambele categorii diagnostice: nelinişte, oboseală, iritabilitate, perturbarea somnului, concentrare scăzută (Sartorius şi Ustun, 1995). Episoadele depresive pot apărea pe fondul unei istorii cu episoade maniacale sau hipomaniacale ori pe fondul unor tulburări de anxietate. Tulburarea distimică diagnosticată la persoanele cu nivele scăzute, dar persistente ale simptomelor depresive, ca şi depresia majoră pot fi confundate cu tulburarea de personalitate de tip depresiv.

În Axa II sunt grupate tulburările de personalitate. Sinteza lor este cuprinsă în tabelul II.3. Există tulburări de personalitate neincluse aici şi prezentate în finalul manualului ca teme pentru cercetările de perspectivă.

Tabelul II.3. DSM-IV, Axa II – Tulburări de personalitate. Retardare mentală

Tulburare de personalitate paranoidă
Tulburare de personalitate schizoidă
Tulburare de personalitate schizotipală
Tulburare de personalitate antisocială
Tulburare de personalitate borderline
Tulburare de personalitate histrionică
Tulburare de personalitate narcisistică
Tulburare de personalitate evitantă
Tulburare de personalitate dependentă
Tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă
Tulburare de personalitate fără altă specificaţie
Retardare mentală

Sursa: adaptare după American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV), 1994, Washington D.C., American Psychiatric Association, p. 29.

Diagnosticul de tulburare de personalitate se stabileşte numai dacă patternurile funcţionării sunt de lungă durată. Ele trebuie să se manifeste la începutul vârstei adulte, dar în general, se pot identifica încă de la vârsta adolescenţei sau chiar din copilărie. Aceste pattern-uri trebuie să fie prezente în toate planurile vieţii individului, nu doar selectiv, în situaţii specifice sau în raport cu anumite persoane. Însuşirile trebuie să fie inflexibile, maladaptative

şi să determine perturbarea semnificativă a funcţionării. Criteriile generale de diagnostic pentru tulburarea de personalitate sunt incluse în tabelul II.4.

Tabelul II.4. DSM-IV. Criterii de diagnostic pentru tulburarea de personalitate

A) Un pattern stabil al experienţei interne şi al comportamentului ce se abate semnificativ de la expectanţele culturii individului. Acest pattern se manifestă în două sau mai multe din următoarele domenii:
(1) Cogniţie (modurile de a percepe propria persoană, alţi oameni şi evenimentele);
(2) Afectivitate (extensiunea, intensitatea, labilitatea şi adecvarea răspunsului emoţional);
(3) Funcţionare interpersonală;
(4) Controlul impulsurilor.
B) Pattern-ul durabil este inflexibil şi pervasiv. El acoperă situaţii personale şi sociale extinse.
C) Pattern-ul durabil duce la distres clinic semnificativ sau la deteriorarea funcţionării în plan social, ocupaţional ori în alte domenii importante.
D) Pattern-ul este stabil şi de lungă durată, iar instalarea sa poate fi identificată cel puţin în adolescenţă sau în perioada de început a maturităţii.
E) Pattern-ul nu poate fi pus pe seama manifestărilor sau a consecinţelor altor tulburări mentale.
F) Pattern-ul durabil nu se datorează efectelor fiziologice directe ale substanţelor (abuz de droguri, medicamente), nici condiţiilor medicale generale (de exemplu, traumatisme craniene).

Sursa: adaptare după American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV), 1994, Washington D.C., American Psychiatric Association, p. 633.

Utilizarea Axei II în evaluarea clinică ridică multe probleme deoarece itemii unei categorii nu se întrunesc corespunzător criteriilor, apar suprapuneri cu itemii altor categorii sau suprapuneri cu itemii Axei I.

Ca alternativă la dificultăţile de evaluare inerente Axei II, DSM-IV aminteşte de modelul dimensional a personalităţii pe baza căruia s-ar putea realiza o înţelegere mai adecvată a tulburărilor caracteriale. Modelul dimensional este încorporat şi în organizarea Axei II prin gruparea tulburărilor în cei trei clusteri. Pot fi făcute apropieri cu dimensiunile relevate de Eysenck (1987): psihoticism, extraversiune, neuroticism, respectiv tulburări ale gândirii, tulburări ale comportamentului, tulburări ale afectului. O perspectivă mai recentă ce corelează tulburările de personalitate cu cinci dimensiuni ale personalităţii, este oferită de modelul *The Big Five* (Costa şi McCrae, 1990; Costa şi Widiger, 1994) aplicat în elaborarea unor chestionare de personalitate: NEO Personality Inventory™, Revised NEO – PI – R sau forma sa scurta, NEO-FFI™ NEO Five-Factor Inventory™ (http://www.testcentral.ro). Pe baza modelului dimensional se pot opera descrieri cu implicaţii predictive în procesul terapeutic.

Înţelegerea personalităţii ca un ansamblu de trăsături modelate prin interacţiunea predispoziţiilor genetice şi a factorilor ambientali stimulează adoptarea unei atitudini neutre şi realiste de către terapeut. El se află în faţa unei construcţii elaborate într-un anumit stil prin care subiectul percepe realitatea şi interacţionează cu lumea sa într-un mod specific. Acestea nu pot fi înlocuite cu opusele lor şi nici nu pot dispărea prin intervenţia terapeutică sau la dorinţa pacientului.

Axa III solicită luarea în considerare a impactului condiţiilor medicale asupra cogniţiei, dispoziţiei şi comportamentului. În unele cazuri, condiţiile medicale generale au rol etiologic în dezvoltarea sau înrăutăţirea simptomelor mentale. Dacă o tulburare mentală este consecinţa fiziologică directă a condiţiilor medicale generale, tulburarea mentală trebuie diagnosticată pe Axa I, iar condiţiile medicale trebuie înregistrate şi pe Axa I şi pe Axa III. În Axa III sunt cuprinse boli infecţioase şi parazitare, neoplasme, boli endocrine, nutriţionale şi metabolice, tulburări ale imunităţii, boli ale sângelui şi ale organelor de formare a sângelui, boli ale sistemului nervos şi ale organelor senzoriale, boli ale sistemului circulator, boli ale sistemului respirator, boli ale sistemului digestiv, boli ale sistemului genito-urinar, complicaţii legate de sarcină, naştere şi lăuzie, boli ale pielii şi ale ţesutului subcutanat, boli ale sistemului osteomuscular şi ale ţesutului conjunctiv, anomalii congenitale, condiţii cu origine în perioada perinatală, simptome, semne şi condiţii definite, rănire şi otrăvire (DSM-IV, 1994, p. 28)

Stresorii psihosociali sunt prezentaţi în DSM-IV sub forma unei liste de probleme psihosociale şi de mediu, în Axa IV. Identificarea problemelor este importantă în stabilirea scopurilor şi în direcţionarea intervenţiei. Se evaluează sursele actuale de stres. Efectele stresului mai îndepărtat deja interiorizate nu se iau în considerare aici. Problemele sunt grupate în mai multe categorii, aşa cum rezultă din tabelul II.5. În raportul de evaluare multiaxială, specialistul trebuie să identifice categoria de probleme şi să indice factorii implicaţi.

Tabelul II.5. DSM-IV. Axa IV – Probleme psihosociale şi de mediu

Probleme în grupul primar de sprijin
Probleme legate de mediul social
Probleme educaţionale
Probleme ocupaţionale
Probleme legate de locuinţă
Probleme economice
Probleme de acces la serviciile de sănătate
Probleme legate de interacţiunea cu sistemul legal
Alte probleme psihosociale şi ambientale

Sursa: adaptare după American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV), 1994, Washington D.C., American Psychiatric Association, pp. 29-30.

Axa V, Evaluarea Globală a Funcţionării (Global Assessment of Functioning) permite determinarea nivelelor actuale de funcţionare în plan psihologic, social şi ocupaţional. Este adoptată o viziune continuă asupra procesului de funcţionare, având la o extremă sănătatea mentală, iar la cealaltă, boala. Evaluarea nu include perturbarea funcţionării datorată unor restricţii fizice sau ambientale. Concentrarea asupra stării actuale se justifică prin posibilitatea valorificării rezultatelor evaluării în intervenţia terapeutică. Scala poate fi raportată şi la alte perioade de timp, de exemplu, cel mai înalt nivel de funcţionare din anul precedent, timp de câteva luni. Evaluările iau valori cuprinse între 1 şi 100.

În Raportul de evaluare multiaxială se precizează perioada la care se raportează evaluarea.

Scala de evaluare globală a funcţionării (*Global Assessment of Functioning, GAF Scale*) a fost modificată prin separarea itemilor funcţionării psihologice de cei ai funcţionării sociale şi ocupaţionale şi prin cotarea separată a acestora (Goldman, Skodol şi Lave, 1992).

DSM-IV include în partea finală, Scala de evaluare globală a funcţionării relaţionale (*Global Assessment of Relational Functioning, GARF Scale*) şi Scala de evaluare a funcţionării sociale şi ocupaţionale (*Social and Ocupational Functioning Assessment Scale, SOFAS),* ai cărei itemi sunt incluşi în GAFS.

Manualul oferă un formular model pentru Raportul de evaluare multiaxială (DSM-IV, 1994, p. 34) şi posibilitatea listării diagnosticului pe un model non-axial urmând însă, regula generală a înregistrării tuturor tulburărilor existente (diagnoză multiplă), a condiţiilor medicale generale şi a altor factori relevanţi pentru îngrijirea şi tratamentul pacientului.

Versiunea revizuită a manualului publicată în 2000 şi translatată în limba română prin Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, American Psychiatric Association, (2003) este un valoros suport în practica clinică pentru evaluarea tulburărilor mentale după rigorile unui sistem categorial, în realizarea diagnosticului diferenţial sau pentru realizarea diagnozei multiple. Chiar dacă psihologii nu pot valorifica sub aspect formal DXM IV sau DSM IV TR, pot să-l folosească în optimizarea activităţii profesionale, în verificarea deciziei diagnostice realizată prin instrumentele specifice de evaluare psihologică.

Capitolul III

ASPECTE ETICE ÎN TERAPIE ŞI CERCETARE

Adina Manea

III.1. Codurile deontologice

III.2. Clarificarea unor termeni cheie

III.3. Drepturile pacientului

III.4. Responsabilităţile şi obligaţiile profesionale
III.4.1 Competenţa profesională
III.4.2. Datoria de a proteja potenţialele victime
III.4.3. Datoria de a proteja pacienţii cu tendinţe de suicid

III.5. Malpraxis

III.6. Relaţiile între profesionişti

III.7. Particularităţi ale relaţiei pacient - terapeut
III.7.1. Relaţiile sociale cu pacienţii
III.7.2. Atracţia sexuală în relaţia pacient - terapeut

III.8. Aspecte etice în cercetare

Pe parcursul activităţii sale, terapeutul este pus faţă în faţă cu diverse situaţii şi probleme etice pentru care nu are răspunsuri clare, prestabilite. Problemele de natură etică în cazul profesiilor din domeniul sănătăţii mintale sunt reglementate atât prin legi cât şi prin intermediul codurilor deontologice, care oferă repere şi nu răspunsuri exacte. Legile şi reglementările codurilor deontologice au fost construite ca reacţie la evenimentele şi situaţiile care au avut loc şi nu ca anticipări la ceea ce ar putea apărea.

III.1. CODURILE DEONTOLOGICE

Codurile deontologice caută să ofere un set de principii şi standarde comune pe baza cărora psihologii să-şi construiască activitatea lor profesională şi ştiinţifică şi care să preîntâmpine majoritatea situaţiilor întâlnite în practică.

Din fericire şi în ţara noastră lucrurile au început să se contureze tot mai mult în ceea ce priveşte exercitarea profesiei de psiholog. Odată cu apariţia Legii 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică şi cu înfiinţarea Colegiului Psihologilor din România vorbim, aşa cum este normal, despre propriul nostru cod deontologic. „Codul oferă o bază consensuală pentru luarea de atitudine colectivă împotriva unor eventuale comportamente apreciate a încălca principiile eticii profesionale" (Codul deontologic al profesiei de psiholog cu liberă practică, Colegiul Psihologilor din România, CPR, 2005). Codul nostru deontologic are, ca şi codul APA (American Psychological Association, Ethics Code, 2002) două secţiuni: Principii şi Standarde (generale şi specifice).

Principiile, spre deosebire de standarde sunt de natură aspiraţională, iar scopul lor este de a-i orienta pe psihologi spre cele mai înalte idealuri etice ale profesiei (American Psychological Association, Ethics Code, 2002). Codul deontologic al psihologilor din România prezintă 3 principii generale. Aceste principii se referă la respectarea drepturilor şi demnităţii oricărei persoane, responsabilitate profesională şi socială, integritate profesională.

Standardele presupun, în schimb un angajament personal şi efort, pe toată perioada practicării profesiei, de a acţiona în mod etic. Standardele prevăzute în codul nostru etic sunt de asemenea generale şi specifice şi debutează, aşa cum este şi normal cu standardele de competenţă, apoi standarde privitoare la relaţiile umane, standarde de confidenţialitate, standarde de conduită colegială, standarde de înregistrare, prelucrare şi păstrare a datelor, standarde de onorarii şi taxe, standarde de declaraţii publice şi reclamă. Pe lângă aceste standarde generale există şi o serie de standarde specifice referitoare la început la educaţie şi formare şi apoi la fiecare domeniu al psihologiei, în care o persoană poate activa: terapie şi consiliere, evaluare şi diagnoză, cercetare ştiinţifică şi valorificarea datelor (Codul deontologic al profesiei de psiholog cu liberă practică, CPR, 2005).

În tabelul III.1. dorim să prezentăm, pentru comparaţie principiile şi standardele codului nostru deontologic şi cele ale celui mai cunoscut cod deontologic din lumea psihologilor, codul etic american. Majoritatea principiilor şi standardelor se găsesc într-o formă sau alta în ambele coduri deontologice.

Codul etic are rolul de a proteja până la urmă bunii profesionişti şi clienţii (Miroiu, 2003). Bunii profesionişti în primul rând pentru că membralitatea în cadrul Colegiului Psihologilor şi implicit aderarea la codul etic amintit mai sus impune anumite standarde profesionale. Pe de altă parte comportamentele incompatibile cu profesionalismul prestat de anumiţi psihologi poate afecta imaginea psihologilor în general şi poate conduce la generalizări nedorite. Clienţii la rândul lor, vor avea o bază legală pentru a putea sesiza situaţiile nedorite de nerespectare a drepturilor sau atitudini neprofesionale din partea psihologilor etc.

Tabelul III.1. Comparaţie a codurilor etice

	Codul deontologic al profesiei de psiholog în România (APR)	**Codul etic APA**
Principii	• Respectarea drepturilor şi demnităţii oricărei persoane • Responsabilitate profesională şi socială • Integritate profesională	• A face bine şi a nu face rău • Loialitate şi competenţă • Integritate profesională • Corectitudine profesională • Respectul demnităţii şi drepturilor celuilalt
Standarde generale şi specifice	• Standarde de competenţă • Standarde cu privire la relaţiile umane • Standarde de confidenţialitate • Standarde de conduită colegială • Standarde de înregistrare, prelucrare şi păstrare a datelor • Standarde de onorarii şi taxe • Standarde pentru declaraţii publice şi reclamă • Standarde legate de serviciile de educaţie şi formare • Standarde legate de serviciile de terapie şi consiliere • Standarde legate de evaluare şi diagnoză • Standarde legate de cercetarea ştiinţifică şi valorificarea rezultatelor	• Luarea unei decizii etice • Standarde legate de competenţa profesională • Standarde cu privire la relaţiile umane • Standarde de confidenţialitate • Standarde pentru declaraţii publice şi reclamă • Standarde legate de înregistrarea datelor şi onorarii • Standarde legate de serviciile de educaţie şi instruire • Standarde legate de cercetarea ştiinţifică şi publicaţii • Standarde legate de evaluare • Standarde în ceea ce priveşte terapia

Terapeutul şi consilierul nu trebuie să se limiteze la a se supune reglementărilor şi la a urma standardele stabilite, ci să-şi dezvolte o *sensibilitate* în a face ceea ce este „bine" pentru pacienţi. Principiul de bază al unui comportament etic este acela de a gândi la starea de bine a pacientului.

Legea reflectă standardele minime pe care societatea le va tolera, iar etica reprezintă standardele ideale stabilite de către profesionişti. Există o serie de diferenţe între acel „minimum" şi „maximum", dar nu putem vorbi de un conflict între lege şi etică.

În luarea deciziilor etice este necesar să ne punem o serie de întrebări precum: „Pe ce valori ar trebui să mă bazez? Ce valori mi-am însuşit? Cum afectează valorile mele munca cu pacienţii? Din ce motiv mi-am însuşit anumite valori?" A acţiona responsabil ţine de persoană şi nu este ceva impus prin autoritate (Corey, Corey şi Callanan, 1993).

Multe încălcări ale principiilor etice sunt greu de depistat şi prin urmare codurile etice sunt dificil de reactualizat. Nevoile pacienţilor sunt întâmpinate cel mai bine atunci când practicienii îşi monitorizează modul lor de a acţiona. Multe comportamente ne-etice rămân necunoscute pentru simplul motiv că doar practicianul le cunoaşte. Întrebarea pe care trebuie să şi-o pună în acest caz oricare terapeut sau consilier este dacă „ceea ce fac este în interesul pacientului meu?"

Unele dintre problemele etice la care ne referim îşi au originea în faptul că atât terapeuţii, cât şi pacienţii sunt în primul rând oameni, cu propria lor personalitate, cu punctele lor tari şi cu slăbiciunile lor. Este imposibil, de pildă, să separi personalitatea terapeutului de modul său de lucru, de stilul său de a aborda problemele. Ceea ce este el, în toate aspectele sale, îşi pune amprenta asupra modului în care se comportă în timpul terapiei.

Alte situaţii care apar sunt legate de natura procesului terapeutic şi de relaţia terapeutică, de rolul valorilor noastre de viaţă şi influenţa lor, ce responsabilităţi şi ce drepturi au pacienţii şi terapeuţii; pentru ce abordare teoretică să optăm şi cât de important este să avem o orientare teoretică clară; care sunt criteriile după care evaluăm competenţa profesională, ce aspecte etice sunt implicate în procesul de instruire, supervizare şi consultare etc.

La unele dintre ele ne vom referi pe parcursul acestui capitol, altele au fost atinse în capitolul I. Scopul nostru este doar acela de a trasa sau să oferim jaloane şi puncte de reper cu privire la probleme inerente muncii de terapeut şi cele mai frecvent întâlnite situaţii în activitatea terapeutică, asupra cărora s-a ajuns la un consens în majoritatea sistemelor.

Deciziile etice în terapie de obicei nu sunt foarte simple. Problemele în cauză sunt adesea complexe şi cu multe faţete şi sfidează soluţiile simple. Sunt multe zone „gri" care presupun abilităţi de luare a deciziilor. Acest proces atrage după sine nu doar nevoia de a te informa asupra standardelor etice, ci presupune să înveţi cum să defineşti şi să lucrezi cu o varietate de situaţii dificile.

III.2. CLARIFICAREA UNOR TERMENI CHEIE

Există o serie de termeni cheie în acest capitol precum *etică, valori, moralitate, legi, profesionalism* asupra cărora dorim să ne oprim cu scurte

definiţii. Vom face în primul rând o distincţie între *valori* şi *etică*. Chiar dacă aceste două noţiuni sunt frecvent utilizate în paralel, sensul lor nu este chiar identic. Valorile se referă la ceea ce este bun şi dezirabil, în timp ce etic implică ceea ce este corect şi drept. Etica cuprinde principiile morale adoptate de un individ sau un grup de unde sunt derivate reguli de comportament. Moralitatea implică o evaluare a acţiunii pe baza unui context cultural sau standard religios mai larg. Astfel, un comportament evaluat drept moral într-o societate, poate fi considerat imoral în alta (*apud* Miroiu, 2003).

Standardele comunităţii devin adesea criteriul legal ultim pentru a determina dacă practicienii sunt răspunzători pentru eventualele pagube produse. Profesionalismul are o oarecare legătură cu comportamentul etic, cu toate că este posibil să fii neprofesionist şi totuşi să nu poţi fi acuzat de comportament ne-etic. De exemplu, să întârzii la întâlnirile cu pacienţii poate fi considerat un comportament neprofesional, dar probabil că nu va fi considerat ne-etic. Unele situaţii traversează, în schimb toate perspectivele prezentate până acum. De exemplu, relaţiile sexuale între terapeut şi pacient sunt considerate ne-etice, neprofesionale, imorale şi ilegale, în acelaşi timp.

III.3. DREPTURILE PACIENTULUI

Parteneri în relaţia terapeutică, pacienţii dispun de o serie de drepturi - pe care adesea nu le conştientizează - şi asupra cărora trebuie informaţi pentru a şi le putea exercita. Aflaţi într-o situaţie de vulnerabilitate, ei pot investi o încredere exagerată în terapeut, fără a fi în clar cu ceea ce se cere din partea lor şi care anume sunt expectanţele faţă de terapeut. De aceea intră în responsabilitatea acestuia informarea, educarea şi protecţia drepturilor pacienţilor, pentru ca aceştia să-şi dezvolte autonomia şi puterea personală.

Dreptul de a fi informat asupra demersului terapeutic reprezintă un principiu etic fundamental care îi permite pacientului să ia decizii pertinente, în deplină cunoştinţă de cauză. Pacientului trebuie să-i fie aduse la cunoştinţă informaţii importante legate de aspectele procedurale ale terapiei, de costuri, de consecinţele şi dificultăţile care pot interveni, fără a-l supraîncărca însă cu detalii nesemnificative.

Acordul pacientului poate fi obţinut atunci când acesta dispune de următoarele caracteristici (Corey şi colab., 1993):

1. este capabil să ia decizii raţionale; dacă nu are această capacitate, acordul trebuie dat de o persoană responsabilă din familie;
2. înţelegerea informaţiilor; terapeutul trebuie să fie cât mai clar şi să se asigure că ele au fost bine înţelese de către pacient;
3. participarea voluntară, care înseamnă că subiectul acţionează în mod liber şi independent în luarea deciziilor personale.

Cel mai frecvent acordul este dat sub formă verbală, tocmai din dorinţa terapeuţilor de a preîntâmpina acuzaţiile de malpraxis; varianta în

forma scrisă a contractului este mai puţin practicată (de obicei legat de aspectele financiare), deşi este mai corectă din punct de vedere etic.

Conţinutul acordului dintre terapeut şi pacient trebuie să facă referire la următoarele aspecte:

- metodele şi tehnicile utilizate în atingerea obiectivelor, mai ales dacă va fi utilizată o abordare mai neconvenţională, sau experimentală;
- beneficiile şi riscurile asociate, subliniindu-se importanţa responsabilităţii pacientului în acest sens;
- costurile terapiei, prin negocierea unui număr-reper de şedinţe care sunt necesare, fără a prelungi în mod nejustificat durata terapiei şi fără a schimba pe parcurs tariful stabilit iniţial;
- eventuale întreruperi (mai mult sau mai puţin previzibile) şi modalităţi de continuare a terapiei (colaborarea cu un alt terapeut de exemplu, caz în care se cere acordul unui transfer de informaţii confidenţiale);
- durata şi finalizarea terapiei, aspecte stabilite - de preferat - în prima şedinţă, ţinându-se cont de faptul că terminarea terapiei nu se realizează întotdeauna după criterii clare, dar că ea este în general opţiunea pacientului, care consideră că este momentul unui nou început (Corey şi colab., 1993);
- pregătirea şi experienţa terapeutului, care trebuie să-şi prezinte orientarea teoretică şi tipul de probleme în care s-a specializat; tot în acest context pacientului i se aduce la cunoştinţă dacă terapeutul lucrează cu un supervizor ori colaborează şi se consiliază şi cu alţi profesionişti;
- dreptul de acces la dosarul personal şi mai ales la diagnosticul formulat de terapeut, care trebuie să informeze pacientul despre natura datelor păstrate şi să-i pună acestuia la dispoziţie dosarul, atunci când îl solicită;
- înregistrarea şedinţelor, în cazul în care terapeutul este supervizat; pacientul are dreptul de a fi informat asupra scopului acestor înregistrări, a persoanelor care vor avea acces la ele, a modului în care ele vor fi utilizate şi păstrate;
- alternative la terapie, adică alte modalităţi şi resurse care pot fi folosite de pacient pentru a se adapta situaţiei respective (biblioterapie, grupuri de sprijin, centre de intervenţie în situaţie de criză etc.).

Confidenţialitatea reprezintă o altă caracteristică definitorie pentru relaţia terapeutică, prin care se înţelege responsabilitatea etică şi legală a profesioniştilor din domeniul sănătăţii mentale de a proteja pacientul de dezvăluirea neautorizată a informaţiilor prezentate în contextul terapeutic. Confidenţialitatea este justificată prin nevoia de a dezvolta o alianţă terapeutică aflată sub semnul încrederii reciproce. Pentru a preîntâmpina „invadarea" vieţii private a pacientului, în rapoartele sale terapeutul va menţiona doar acele date care au fost cerute şi comunicate de către pacient pentru un scop bine precizat. Chiar dacă în general terapeutul nu are voie să facă publice informaţii personale legate de pacient - există totuşi o serie de limite ale confidenţialităţii, stabilite prin norme deontologice:

1. existenţa unei hotărâri judecătoreşti prin care terapeutul este obligat să dezvăluie informaţii legate de un anumit caz;
2. dacă terapeutul are argumente valide pentru a arăta că pacientul reprezintă un pericol pentru societate ori pentru sine, adică dacă identifică intenţia de a face rău cuiva sau dacă există un potenţial risc suicidar al pacientului;
3. necesitatea evidentă de a interna pacientul într-un spital pentru o tulburare mentală care presupune îngrijire şi supraveghere permanentă;
4. reclamaţia în instanţă a pacientului pentru malpraxis din partea terapeutului.

Astfel, se poate spune că aspectul confidenţial al comunicării în relaţia terapeutică nu este unul absolut, iar pacienţii trebuie să ştie de la bun început că nu toate informaţiile vor rămâne confidenţiale pentru totdeauna şi că există aceste situaţii-excepţie de la care terapeutul nu se poate prevala. Atunci când intervine o asemenea situaţie, terapeutul are obligaţia de a-şi anunţa pacientul de intenţiile sale şi de a-l invita să participe la această acţiune, astfel încât relaţia poate fi totuşi păstrată şi în continuare.

Colaborare versus manipulare constă în dreptul pacientului de a participa în mod activ ca partener al relaţiei terapeutice fără a-i da terapeutului întreaga responsabilitate asupra intervenţiei. Prin natura sa, psihoterapia reprezintă o „invitaţie la autenticitate" iar pacientul are dreptul la o atitudine deschisă, suportivă, plină de încredere şi mai ales onestă din partea terapeutului. În caz contrar, o atitudine rigidă, artificială, de manipulare a pacientului va avea consecinţe asupra terapiei, încurajând dezvoltarea sentimentului de dependenţă de terapeut. Cu alte cuvinte, pacientul trebuie să găsească prin terapie o modalitate de mobilizare a propriilor resurse, de învăţare a unor abilităţi şi competenţe pe care să le aplice şi să le extindă în diverse situaţii şi nu să îşi întărească sentimentul de neajutorare şi nevoia de susţinere din exterior.

În cele ce urmează ne vom referi la câteva dintre situaţiile cu cel mai mare impact în activitatea profesională a psihologului.

III.4. RESPONSABILITĂŢILE ŞI OBLIGAŢIILE PROFESIONALE

Profesioniştii din domeniul sănătăţii mintale au ajuns la concluzia că au, pe lângă nevoia de competenţă profesională, o dublă responsabilitate profesională: aceea de a proteja alte persoane de pacienţii care prezintă un potenţial pericol şi de a proteja pacienţii de ei înşişi.

III.4.1 Competenţa profesională

- O doctrină centrală în orice cod profesional o reprezintă *competenţa,* care presupune mai mult decât a avea „câteva diplome" în portofoliu (Hersen, 2004). Practicianul este necesar să aibă cunoştinţele şi o experienţă supervizată pentru a oferi serviciile pe care le presupune profesia sa. A

furniza servicii terapeutice eficiente înseamnă atât *artă*, cât şi *ştiinţă*. Ştiinţa se însuşeşte prin lectură, studiu, reflectare, cercetare aplicată pe baza literaturii de specialitate. Acest proces de învăţare nu se sfârşeşte niciodată. Majoritatea codurilor etice şi asociaţiilor profesionale încurajează sau chiar dispun continuarea educaţiei profesionale. Un practician etic este adeptul învăţării permanente.

- *Arta* de a fi psihoterapeut se însuşeşte cel puţin pe trei căi. În primul rând autocunoaştere şi optimizare personală, prin terapie personală, stil de viaţă sanogen, autorecunoaştere onestă a propriilor nevoi, temeri, deficienţe, eşecuri. O a doua cale este supervizarea şi intervizarea profesională, în relaţie cu alţi profesionişti având posibilitatea de a vedea, asculta, discuta despre modul cum se face psihoterapie. În al treilea rând arta de a aplica strategii şi tehnici în psihoterapie presupune practică, feedback şi din nou practică (Sommers-Flanagan, 2004).

III.4.2. Datoria de a proteja potenţialele victime

Practicienii trebuie să integreze problemele legale şi profesionale în practica clinică într-o manieră în care să nu fie compromisă grija pentru pacient. Terapeuţii trebuie să-şi exercite abilităţile lor pentru: (1) a identifica pacienţii care au potenţialul de a aduce leziuni fizice unei alte persoane; (2) de a proteja o altă persoană de acei pacienţi consideraţi potenţial periculoşi şi, (3) de a trata acei pacienţi care sunt periculoşi (Corey şi colab., 1993). Este recomandat practicienilor să-şi ia măsuri de precauţie păstrând înregistrări ale şedinţelor şi consultându-se cu alţi practicieni, lucru care va reduce şansele să fie acuzat de malpraxis. Aşa cum apare la nivel legal, responsabilitatea de a proteja publicul de acte de violenţă din partea pacienţilor periculoşi atrage după sine şi alte responsabilităţi când practicianul îşi neglijează aceste îndatoriri (1) greşind diagnosticul sau fiind incapabil să-şi dea seama de potenţialul pericol; (2) neavertizând potenţialele victime asupra posibilităţii unui comportament violent; (3) lăsând liberi pacienţi periculoşi (care necesită internarea) şi (4) externând din spital prea devreme pacienţii periculoşi.

În aceste situaţii se aşteaptă din partea terapeuţilor să-şi exercite dreptul de a decide conform convenţiei între specialişti. Dacă ei ajung la concluzia că un pacient ridică în mod serios problema pericolului fizic pentru alte persoane sunt obligaţi să-şi exercite dreptul pentru a proteja potenţialele victime.

III.4.3. Datoria de a proteja pacienţii cu tendinţe de suicid

Mulţi terapeuţi îşi informează pacienţii despre faptul că au obligaţia legală şi etică de a întrerupe confidenţialitatea atunci când au motive întemeiate să creadă că pacientul se va sinucide. Cu toate că pacienţii vor argumenta că pot face ce vor cu viaţa lor, terapeuţii au totuşi datoria de a

proteja pacienţii. Principiile protejării altora se aplică şi în cazul de faţă şi intră în obligaţia terapeutului.

Evaluarea şi managementul riscului suicidar reprezintă o importantă sursă de distres pentru majoritatea terapeuţilor, aducând în discuţie şi alte aspecte cărora trebuie să le facă faţă, precum capacitatea lor de a fi influenţaţi, competenţa lor, nivelul de implicare în relaţia cu pacientul, responsabilitatea, obligaţiile legale, abilitatea de a lua decizii esenţiale. Eşecul de a preveni suicidul este una din principalele cauze ale câştigării proceselor în instanţă împotriva terapeuţilor acuzaţi de malpraxis.

Cu toate că nu este posibil să prevenim orice tip de suicid, putem recunoaşte o serie de crize care ar precipita o tentativă de suicid. Este important să luăm în considerare următorii factori în evaluarea riscului suicidar (Corey şi colab., 1993; Marian, 2004 a):

1. avertismentele verbale directe, cu toate că nu reprezintă un predictor doar prin ele însele;
2. terapeutul să acorde atenţie tentativelor de suicid anterioare, care sunt cel mai important predictor. 80% dintre sinucideri au fost precedate de încercări anterioare;
3. depresia este o caracteristică comună a victimelor suicidului. Tulburările de somn pot amplifica depresia şi reprezintă un indiciu cheie. Rata sinuciderilor este de douăzeci de ori mai mare la persoanele care suferă de depresie clinică;
4. sentimentul de deznădejde pare a fi asociat cu intenţiile suicidare. Pacienţii se pot simţi neajutoraţi, disperaţi şi fără valoare;
5. stabilirea unui plan exact este un indicator, motiv pentru care pacienţii trebuie chestionaţi în acest sens;
6. pacienţii cu un istoric în care există abuz de alcool şi droguri reprezintă aproape o treime din victimele sinuciderilor;
7. împărţirea bunurilor proprii sau finalizarea afacerilor pot reprezenta semnale critice;
8. rata sinuciderilor la bărbaţi este de aproximativ trei ori mai mare decât la femei, fiind mai ridicată până în jurul vârstei de 35 de ani;
9. singurătatea dublează riscul de suicid;
10. persoanele neîncadrate în muncă prezintă, de asemenea un risc mai mare;
11. pacienţii care au fost spitalizaţi în instituţii psihiatrice pentru tulburări emoţionale sunt mai înclinaţi spre suicid;
12. pacienţii care nu au resurse şi un sistem de suport disponibil prezent şi ei au un risc mai ridicat.

III.5. MALPRAXIS

Malpraxisul reprezintă eşecul în a oferi servicii profesionale sau în a exercita abilităţile care se aşteaptă din partea unui profesionist într-o anume situaţie. O persoană acuzată de malpraxis a manifestat neglijenţă profesională

care a adus daune sau s-a soldat cu pierderea pacientului. Problema principală într-o cauză de neglijenţă este aceea de a determina care standarde vor fi aplicate pentru a determina dacă terapeutul şi-a încălcat obligaţiile faţă de pacient.

Pentru a susţine o acuzaţie de malpraxis este necesară prezenţa a patru elemente:

1. să fi existat o relaţie pacient-terapeut anterioară, lucru care trebuie demonstrat de reclamant;
2. terapeutul trebuie să fi neglijat sau să fi acţionat într-o manieră care contravine standardelor stabilite, să-şi fi încălcat îndatoririle. Acest lucru implică fie acţiuni ale terapeutului, fie lipsa unor precauţii din partea acestuia;
3. pacientul trebuie să fi suferit leziuni sau daune care trebuie demonstrate. În categoria daunelor se include suicidul, divorţul, cauzarea durerii şi suferinţei pacientului;
4. trebuie să existe o relaţie cauzală între neglijenţa profesională de care este acuzat terapeutul şi daunele de care a suferit pacientul, adică daunele nu s-ar fi produs dacă nu ar fi fost vina terapeutului.

În cazul suicidului, de exemplu, există doi factori care pot duce la acuzaţii de malpraxis: predictibilitatea şi oferirea îngrijirii. Primul factor este cel mai important şi implică evaluarea gradului de risc. Evaluarea greşită sau neglijarea informaţiilor relevante asupra existenţei acestui risc reprezintă erori grave din partea terapeutului. Practicienii trebuie să demonstreze că raţionamentul lor s-a bazat pe date concrete obţinute pe baza observaţiilor. În al doilea rând, odată ce a fost evaluat riscul este important să ne gândim care ar fi cele mai adecvate precauţii şi îngrijiri pe care să le oferim pentru a preveni suicidul.

Încălcarea confidenţialităţii (cu excepţiile prezentate anterior) şi implicarea în relaţii sexuale cu pacienţii au căpătat cea mai mare atenţie între cauzele acuzaţiilor de malpraxis, fiind cele mai frecvent întâlnite dintre cauze. Literatura pe această temă pune în evidenţă şi alte cazuri care au dus la acuzaţii destul de frecvent: influenţă nefavorabilă, abandon, oferirea unor servicii neadecvate, neglijenţa, moartea pacientului sau a altei persoane în condiţii neelucidate, supervizare neadecvată, prezentarea greşită a abilităţilor şi pregătirii profesionale a cuiva, nerespectarea integrităţii şi intimităţii pacientului, eşecul în a proteja o persoană ameninţată de un pacient violent, nerecomandarea pacientului unui alt specialist atunci când problema acestuia nu mai era de competenţa terapeutului, prelungirea nejustificată a terapiei, consultaţii şi diagnostic greşit, defăimare, încălcarea drepturilor civile, pierderea custodiei copiilor, practici de cercetare ne-etice, controlul sarcinilor nedorite şi informaţii despre avort în cazul minorilor, prescrierea şi administrarea neadecvată a medicaţiei, întreruperea contactului cu un pacient, lipsa consimţământului informat (Sdorow, 1993).

Dacă pacienţii urmează sfatul terapeuţilor şi suferă daune în consecinţă, pot iniţia o acţiune legală. Prin urmare terapeuţii trebuie să lucreze doar cu acei pacienţi şi să ofere doar acele servicii care intră în competenţa lor.

III.6. RELAŢIILE ÎNTRE PROFESIONIŞTI

Se aşteaptă din partea clinicienilor să recunoască competenţa colegilor lor şi să nu ezite să refere pacienţii altor terapeuţi, dacă acest lucru este în interesul pacientului. Pe de altă parte nu este etic din partea unui terapeut să accepte un pacient care urmează tratamentul cu un alt terapeut, fără să-l contacteze pe acesta, cu acordul pacientului, bineînţeles. Aceasta ar trebui să fie una din întrebările pe care terapeutul trebuie să le adreseze de la primele întâlniri.

Psihologii şi terapeuţii sunt obligaţi să anunţe dacă au informaţii referitoare la încălcări ale codului etic din partea altor terapeuţi. Primul pas ar fi să discute cu terapeutul însuşi. Cu toate că acest lucru poate fi jenant, terapeutul respectiv are dreptul să răspundă acuzaţiilor aduse. Dacă este necesar, se poate consulta cu alţi colegi, iar dacă răspunsul terapeutului în cauză este necorespunzător, iar încălcarea este una gravă, nu există prea multe alternative, decât anunţarea unor foruri superioare. Din nou, terapeutul în cauză trebuie anunţat în prealabil despre aceste intenţii. Rezultatele unui studiu realizat în SUA (Kleinke, 1994) arată că 35% dintre psihologi ar fi avut ocazia să aducă plângeri asupra unor aspecte etice ale activităţii colegilor lor. Din acelaşi studiu a reieşit că 81% dintre cei chestionaţi considerau această acţiune de semnalare a unor încălcări ale codului etic fiind ea însăşi etică.

III.7. PARTICULARITĂŢI ALE RELAŢIEI PACIENT-TERAPEUT

III.7.1. Relaţiile sociale cu pacienţii

S-a pus întrebarea dacă relaţiile sociale cu pacienţii interferează cu relaţia terapeutică. Răspunsurile nu au fost clare. Unii autori consideră că acest gen de relaţii nu sunt nepotrivite, atâta timp cât pacienţii nu au probleme grave şi au solicitat terapie în scopul optimizării şi dezvoltării personale. Se consideră totuşi că relaţia terapeutică şi cea de prietenie este bine să nu fie „amestecate". Un studiu, realizat tot în cazul psihologilor americani (Corey şi colab., 1993) arată că psihologii, psihiatrii şi asistenţii sociali sunt de părere că următoarele comportamente nu sunt etice: să accepţi invitaţia unui pacient la o ocazie specială (6,3%); să devii prieten cu pacientul după încheierea terapiei (14,8%); să ieşi la masă cu pacientul după terminarea şedinţei (43,2%); şi să inviţi pacientul la o petrecere sau un eveniment social (63,5%).

Opinia autorilor este că o astfel de problemă referitoare la relaţiile personale şi sociale nu poate fi rezolvată într-o manieră dogmatică. Unii sunt

se părere că o astfel de implicare îl face pe terapeut mai puţin obiectiv, sau mai puţin confruntativ de teamă să nu piardă relaţia de prietenie, deşi se consideră în general că nu orice fel de relaţie în afara cabinetului poate avea astfel de efecte. Terapeuţii trebuie să fie conştienţi de propriile motivaţii şi de motivaţiile pacienţilor şi trebuie să analizeze în mod obiectiv impactul pe care îl poate avea o relaţie socială asupra relaţiei terapeutice. Astfel de relaţii solicită un grad ridicat de maturitate din partea pacientului. Dacă nu sunt trasate şi menţinute graniţe clare, atât relaţia socială cât şi cea profesională vor avea de suferit. Este important să fie luată în considerare abilitatea pacientului de a separa aceste două relaţii. Pot deveni inhibaţi în timpul terapiei sau pot avea sentimentul că îşi pierd respectul faţă de terapeutul cu care au o relaţie de prietenie sau pot să-şi cenzureze dezvăluirile pentru a nu ameninţa relaţia de prietenie.

Există diferenţe între implicarea socială la propunerea pacientului şi cea propusă de terapeut. Un alt factor ce poate fi luat în considerare este dacă contactele sociale sunt constante sau doar ocazionale. E important de asemenea şi gradul de intimitate între terapeut şi pacient, dacă este în public sau în mediu privat. Să remarcăm, de exemplu, diferenţa între o întâlnire la „o cafea" şi „o cină la lumina lumânărilor".

Atunci când analizăm o astfel de situaţie este important, prin urmare să luăm în considerare mai mulţi factori, între care natura relaţiei sociale, natura problemei pacientului, categoria socială din care face parte, tipul de terapie aplicată şi abordarea teoretică pe care o urmează terapeutul. Dacă este vorba de un terapeut de orientare psihanalitică, va adopta probabil limite mult mai clare, iar dacă este vorba de un terapeut comportamentalist pentru el a ajuta un pacient să renunţe la fumat deschide în mai mare măsură posibilitatea existenţei, la un moment dat a unui contact social (vezi: cap. IV şi V).

III.7.2. Atracţia sexuală în relaţia pacient / terapeut

Implicarea sexuală în relaţiile terapeutice este considerată una din cele mai grave încălcări ale deontologiei profesionale şi este, în acelaşi timp, una din cele mai frecvente cauze ale acuzaţiilor de malpraxis în instanţă.

Pe de altă parte se pune şi problema hărţuirii sexuale a pacientului, act ilegal, constând fie dintr-o acţiune singulară intensă, fie din acţiuni multiple şi persistente şi nu este neapărat necesar să fie sexual explicită în natura sa. Orice comportament care ridiculizează, denigrează sau abuzează o persoană datorită apartenenţei la un gen poate fi considerată hărţuire (Woolfe şi Dryden, 1996).

Studiile pe această temă au vizat răspunsuri la următoarele întrebări: Cât de frecvente sunt cazurile de atracţie între pacienţi şi terapeuţi? Dacă terapeuţii au un sentiment de disconfort sau de vinovăţie când sunt atraşi de pacienţi? Dacă se consultă cu alţi colegi în astfel de situaţii? Dacă terapeuţii consideră că în cadrul pregătirii lor au primit o instruire adecvată pentru a se

raporta corect la astfel de cazuri? Rezultatele studiilor (*apud* Corey şi colab., 1993) efectuate tot în SUA, arată că din 585 de terapeuţi investigaţi doar 77 au spus că nu s-au simţit niciodată atraşi de vreun pacient. Marea majoritate (82%) au răspuns că nu au luat în serios o posibilă implicare în astfel de relaţii şi 93,5% au susţinut că nu au avut niciodată relaţii sexuale cu pacienţii. Dintre motivele invocate, care au fost sursa reţinerilor lor, s-au distins nevoia de a respecta valorile profesionale şi personale pe care şi le-au însuşit şi preocuparea pentru binele pacientului. Un procent de 69% dintre cei chestionaţi considerau că atracţia sexuală faţă de pacienţi a fost benefică într-un fel terapiei, cel puţin în anumite momente. 71% dintre terapeuţii care s-au simţit atraşi sexual de pacienţii lor, cred că aceştia din urmă nu şi-au dat seama de acest lucru, majoritatea (81%) au considerat că atracţia a fost reciprocă şi mai mult de jumătate (55%) au recunoscut că nu au primit nici un fel de instruire referitoare la acest subiect pe parcursul pregătirii lor profesionale.

Este important să ne dăm seama că relaţia dintre pacient şi terapeut poate implica grade diferite de sexualitate. Terapeutul poate avea fantezii sexuale, poate avea un comportament seducător cu pacientul, îi poate influenţa pe pacienţi să se concentreze asupra sentimentelor romantice şi sexuale faţă de el, pot ajunge până la contacte fizice care au ca scop îndeplinirea dorinţelor sexuale. Conotaţiile sexuale distorsionează cu uşurinţă relaţia terapeutică şi devin obiectul principal al şedinţelor. De aceea este crucial pentru terapeuţi să-şi accepte trăirile şi să ia decizii conştiente pentru viitor.

Nu doar pacienţii care sunt victime ale implicării sexuale în relaţie cu terapeutul suferă consecinţe negative, ci şi terapeutul, atât profesional cât şi personal. Pot fi ţinta unui proces intentat pe această temă şi condamnaţi, le poate fi ridicată licenţa de practică, pot fi excluşi din organizaţiile din care fac parte, îşi pot pierde asigurarea, slujba etc. Cele mai importante organizaţii şi asociaţii de profil din lume (*American Psychiatric Association, American Association for Counselling and Development* etc.) condamnă cu vehemenţă implicarea în relaţii sexuale atât cu pacienţii actuali, cât şi cu foştii pacienţi.

Efecte negative ale implicării sexuale în relaţia cu pacienţii

Un procent de 90% dintre pacienţii care au ajuns să se implice în relaţii intime cu terapeuţii au recunoscut că acest lucru i-a afectat în mod negativ. Pope descrie un sindrom asociat implicării în acest fel de relaţii foarte asemănător cu cel al victimelor unui viol sau al victimelor violenţei domestice şi caracterizat prin ambivalenţă, vină, sentiment de gol sufletesc şi izolare, confuzie sexuală, diminuarea încrederii în ceilalţi, confuzii de rol şi identitate, pasivitate emoţională, furie reprimată, risc crescut de suicid şi disfuncţii cognitive. Conştienţi fiind de aceste consecinţe terapeuţii pot fi mai precauţi când este vorba de acest gen de probleme (Corey şi colab., 1993).

III.8. ASPECTE ETICE ÎN CERCETARE

Fiecare abordare teoretică propune o serie de tehnici şi strategii de intervenţie, de obiective de urmărit şi de caracteristici ale relaţiei terapeutice; însă privite dintr-o perspectivă etică critică, apare următoarea întrebare: în ce măsură o anumită abordare sau tehnică este eficace? Se impune astfel necesitatea realizării unor studii focalizate pe sistemele de psihoterapie, care să ilustreze eficienţa şi efectele acestora asupra pacienţilor.

În planificarea şi organizarea unei cercetări sistematice trebuie avute în vedere nu numai aspectele practice ale fezabilităţii sale, cât şi implicaţiile etice; este foarte posibil ca un studiu să fie realizabil dintr-o perspectivă practică, dar el să fie inacceptabil din punct de vedere etic. De aceea, pentru a putea primi „undă verde", desfăşurarea oricărei cercetări trebuie să îndeplinească de la început o serie de criterii stabilite prin codul deontologic.

Pe parcursul cercetării, intervin o serie de principii a căror respectare trebuie urmărită cu atenţie şi anume:

- *protecţia şi confortul participanţilor.* Acest principiu fundamental susţine obligaţia şi responsabilitatea cercetătorilor de a nu afecta în nici un fel - fizic ori psihic - confortul participanţilor. Dacă studiul prezintă un risc oarecare de a produce efecte neplăcute pentru subiecţi, atunci cercetătorul trebuie să identifice şi să intervină în aceste cazuri, sau dacă acest lucru nu este posibil (precum în studiile psihofarmacologice, unde - ca urmare a administrării unor substanţe - pot să apară efecte secundare generatoare de disconfort) atunci el trebuie să ceară - înainte de desfăşurarea cercetării - aprobarea unor foruri independente, de exemplu ale universităţii ori spitalului în care se realizează studiul. Mai mult, în aceste situaţii se impune acordul scris al participanţilor care trebuie informaţi asupra eventualelor riscuri la care se supun.
- *informarea participanţilor* presupune aducerea la cunoştinţă a tuturor aspectelor relevante ale cercetării care ar putea influenţa dorinţa de a se implica în realizarea studiului. Dacă subiecţii nu-şi pot da personal acordul (în cazul copiilor ori al adulţilor cu deteriorarea funcţiilor cognitive), atunci el trebuie cerut familiei sau susţinătorilor legali. Trebuie avut în vedere faptul că deseori cercetătorul se află într-o poziţie de autoritate, de influenţă asupra subiecţilor, poziţie de care nu are voie să se folosească sub nici o formă pentru a-i „presa" sau chiar obliga pe aceştia să participe ori să rămână în studiu, contrar voinţei proprii. Tot în această reglementare intră şi plata oferită subiecţilor pentru participare, care nu trebuie folosită pentru a le induce dorinţa de a-şi asuma riscuri pe care altfel, în alte condiţii nu le-ar fi acceptat.
- *utilizarea corectă a tehnicilor;* în anumite studii nu pot fi aduse la cunoştinţa subiecţilor toate elementele cercetării, pentru că ei şi-ar modifica anumite atitudini şi comportamente care sunt în principal vizate (în cazul studiilor - placebo) şi ar distorsiona rezultatele cercetării. Similar, un proces psihic nu poate fi studiat decât dacă participanţii sunt în mod intenţionat - induşi în eroare; desigur, li se aduce ulterior la cunoştinţă care au fost

obiectivele reale urmărite. Aceste studii trebuie evitate pe cât posibil, luându-se în considerare toate alternativele posibile înainte de a le pune în practică şi numai dacă informaţiile eronate nu încalcă alte principii etice. În rest, cercetarea poate aplica doar acele tehnici şi metode care au fost prezentate iniţial subiecţilor, orice abatere semnificativă în acest sens ducând la respingerea studiului.

▪ *dreptul subiecţilor de a se retrage din studiu;* cercetătorii au obligaţia de a informa participanţii înainte de începerea studiului că au dreptul de a se retrage oricând, indiferent de aspectele financiare implicate. De asemenea, subiecţii au dreptul de a cere retragerea lor din baza de date ulterior desfăşurării studiului, din diverse motive, astfel încât cercetătorul trebuie să-i pună la dispoziţie toate datele personale (pe care le va scoate din baza comună de date), supunându-se riscului de a-şi limita capacitatea de generalizare a rezultatelor studiului.

▪ *intruziunea cercetărilor observaţionale în sfera privată a subiecţilor*; cercetările bazate pe observarea în cadrul natural al persoanelor ridică numeroase controverse etice, deoarece în aceste situaţii, subiecţilor nu li se poate cere acordul. Pentru a respecta viaţa privată şi starea de confort psihic a subiecţilor, ele pot fi realizate doar în măsura în care ele se desfăşoară în locuri şi situaţii în care persoanele ştiu că ar putea fi observate şi de alţii. Dar trebuie ţinut cont şi de aspectele şi valorile contextului cultural, precum şi de atitudinea subiecţilor care pot considera o încălcare a vieţii private faptul că au fost urmăriţi în vreme ce ei nu se credeau observaţi, deşi se aflau într-un loc public.

▪ *confidenţialitatea şi anonimatul informaţiilor;* în general, toate datele rezultate în urma unei cercetări intră sub semnul confidenţialităţii – chiar dacă rezultatele sunt publicate, ele nu pot fi identificate ca aparţinându-le unor anumite persoane - cu excepţia cazurilor în care a existat un acord prealabil dintre cercetători şi subiecţi. În cazul în care anonimatul nu poate fi garantat de către cercetători, participanţii trebuie avertizaţi şi informaţi încă de la începutul studiului. De asemenea, fiecare participant la o cercetare psihologică are dreptul de a primi la final un rezumat - formulat într-un limbaj accesibil - cu rezultatele studiului respectiv.

Astfel, înainte de a realiza o cercetare se impune - pe lângă consideraţiile de ordin teoretic şi metodologic - şi o abordare etică a fenomenului investigat, pentru că dacă aceste principii nu pot fi respectate, atunci proiectul cercetării trebuie revizuit şi reformulat într-o nouă manieră.

▪ Există, bineînţeles, o multitudine de probleme etice cu care ne confruntăm pe măsură ce ne dezvoltăm profesional. Mulţi autori în domeniu consideră codurile etice drept încercări rudimentare de a menţine standarde înalte de raportare profesională pentru practicienii psihoterapeuţi. Din păcate majoritatea codurilor etice se rezumă la probleme legale, şi au funcţii mai mult protective decât proactive (Sommers-Flanagan şi Sommers-Flanagan, 2004). Un practician cu adevărat etic va fi permanent conştient de filosofia

care stă la baza acestei profesii, îşi va construi un cerc profesional de încredere, îşi va însuşi un model de rezolvare de probleme eficient, va continua să fie informat şi la curent cu noutăţile din domeniu şi va avea şi disponibilitatea de a pune uneori întrebări delicate şi dificile.

Capitolul IV

PSIHANALIZA

Mihai Marian

IV.1. Fundamentele psihanalizei
IV.1.1. Abordarea dinamică
IV.1.2. Abordarea topografică

IV.2. Intervenţia terapeutică
IV.2.1. Principii de bază
IV.2.2. Procedura preliminară

IV.3. Tehnicile psihanalizei
IV.3.1. Metoda asociaţiilor libere
IV.3.2. Interpretările
IV.3.3. Analiza viselor
IV.3.4. Transferul
IV.3.5. Rezistenţa
IV.3.6. Analiza acţiunilor pacientului
IV.3.7. Contratransferul
IV.3.8. Prelucrări asupra materialului

IV.4. Analistul

IV.5. Limite ale psihanalizei

IV.6. Terapii psihodinamice contemporane

IV.1. FUNDAMENTELE PSIHANALIZEI

Sigmund Freud şi-a menţinut locul de figură centrală în gândirea psihoterapeutică de la începutul anilor 1900. Pentru urmaşii lui psihanalişti şi neo-analişti, el este încă o imagine strălucitoare. Doar simpla pronunţare a numelui său în public continuă să producă reacţii emoţionale şi intelectuale, ceea ce poate reprezenta un testament al influenţei sale pe scară largă.

Sigmund Freud s-a născut în Freiberg, Moravia, în 1856. El a fost primul născut într-o familie numeroasă. Tatăl său, un comerciant, a fost adesea descris ca fiind foarte autoritar, în schimb mama protectoare şi educată. Datorită constrângerilor financiare, familia trăia într-o locuinţă mică. Părinţii au făcut eforturi substanţiale pentru a-i sprijini apetitul intelectual, iar Freud declara mai târziu că se simţea favorizat. Diploma în medicină o obţine la Universitatea din Viena cu scopul de a deveni cercetător.

Ca urmare a lipsurilor de ordin financiar, Freud nu reuşeşte să-şi continue munca în cercetare, în consecinţă a intrat în practica privată unde a activat ca medic specializat în neurologie.

Ca neurolog, Freud a intrat în contact cu „isteria", tulburare care afecta un număr semnificativ de femei din Europa la sfârşitul secolului al XIX-lea. Această tulburare includea simptome inexplicabile de amorţeală, paralizie, tremur etc. În timpul unei vizite în Franţa, se familiarizează cu munca de cercetare a lui Jean Charcot, care folosind hipnoza producea simptomatologia isteriei (vezi: subcap. I.1.4.). Ulterior, Freud utilizează hipnoza pentru a obţine de la pacienţi informaţii în legătură cu incidente importante de care aceştia nu îşi aminteau în stare de veghe. După experimentele cu hipnoza, Freud lucrează cu medicul vienez Josef Breuer.

Psihanaliza a evoluat din metoda catharsisului, metodă prezentată de S. Freud împreună cu J. Breuer în lucrarea *„Studii despre isterie"*. Cea mai importantă influenţă în apariţia psihanalizei a constituit-o experienţele lui J. Breuer asupra unei tinere (numele ei clinic fiind Anna O.). Breuer, un medic de mare renume în epocă, a fost primul care a înţeles că simptomele isterice dispar atunci când pacienta supusă hipnozei, îşi reamintea împrejurările emoţionale în care apăruseră (şi concomitent), retrăia situaţiile respective. Astfel s-a născut *terapia cathartică*. În timpul tratamentului, Breuer a reuşit să înţeleagă patogeneza simptomelor pacientei. La „sugestia" lui Breuer, Freud a reluat această metodă şi a testat-o pe un număr considerabil de pacienţi.

Psihanaliza se bazează pe o abordare în care terapeutul ajută pacientul să se înţeleagă mai bine pe el însuşi prin examinarea sentimentelor profunde, a relaţiilor şi a evenimentelor care au modelat motivaţiile şi comportamentul.

Freud a dezvoltat această teorie spre sfârşitul secolului al XIX-lea şi începutul secolului al XX-lea în Viena, Austria. Continuând cercetările asupra minţii şi asupra inconştientului Freud publică în 1900 lucrarea intitulată *„Interpretarea viselor"* în care contura idei în legătură cu construcţiile mentale şi personalitatea umană. În deceniul al doilea al secolului XX, Freud

este recunoscut pe plan internaţional, iar psihanaliza este apreciată de intelectuali importanţi şi comparată cu munca lui Albert Einstein în domeniul fizicii.

Freud a constituit o mişcare psihanalitică cu ajutorul specialiştilor ne-evrei pentru a da orientării sale mai multă credibilitate. În acest context el a colaborat cu personalităţi marcante ca de pildă, Gustav C. Jung, Alfred Adler, Sandor Ferenczi, Wilhelm Reich etc.

Mişcarea psihanalitică iniţiată de Freud a cunoscut multe rupturi şi dificultăţi de ordin ideologic. Astăzi ea este moştenită de o serie de societăţi naţionale sau internaţionale care îşi dispută întâietatea.

Psihanaliza poate fi definită în primul rând ca *metodă de investigare* a persoanei în scopul descoperirii semnificaţiilor inconştiente ale unor manifestări, reacţii, acte (cuvinte, gesturi, producţii imaginative, vise, fantasme etc.), în al doilea rând ca *ansamblu teoretic* (concepţie) ce oferă explicaţii în psihopatologie, pentru diferitele modalităţi de structurare a persoanei şi de apariţie a simptomelor. Ca sistem teoretic, psihanaliza conceptualizează şi sistematizează datele furnizate de investigarea analitică şi de terapia analitică. În al treilea rând, psihanaliza poate fi considerată o *metodă terapeutică* folosind tehnica asociaţiei libere; ea se bazează pe investigarea analitică şi operează prin interpretarea controlată a unor fenomene cum ar fi: rezistenţele, transferul, visele, actele ratate etc.

În prima sa teorie asupra aparatului psihic, Freud diferenţiază: psihismul conştient (activităţi şi procese dominate de logică şi raţionament, folosind ca instrument principal limbajul) şi psihismul inconştient (activităţi şi procese psihice legate esenţial de dorinţă şi guvernate de gândirea primitivă, magică).

Inconştientul pătrunde în conştient, în special în patologia psihică, fără ca individul să realizeze acest lucru; în mod frecvent, ceea ce individul consideră drept motive ale actelor sale nu reprezintă o realitate, motivaţia conştientă fiind de multe ori una fictivă şi cu semnificaţie defensivă. Acest lucru se întâmplă, de regulă, la persoanele nevrotice.

În 1909, psihanaliza nu era ceea ce a devenit ea ulterior, când s-a renunţat parţial la metoda cathartică şi s-a trecut la asociaţiile libere şi la analiza transferului, elemente introduse de Freud în practica analitică.

Teoria psihanalitică are la bază premisa conform căreia evenimentele, situaţiile survenite în perioada copilăriei determină comportamentul indivizilor ca adulţi.

IV.1.1. Abordarea dinamică

Există două tipuri de impulsuri conceptualizate de părintele psihanalizei: erosul şi thanatosul. Erosul se referă la impulsuri, acele forţe care menţin procesele vieţii şi asigură reproducerea speciei. Cheia acestor forţe este instinctul sexual, a cărui forţă este „libidoul". Freud (*apud* Bauduin,

1996) considera că toate comportamentele umane sunt motivate de instincte sau de energii care sunt reprezentări neurologice ale nevoilor fizice. În primul rând acestea se referă la instinctul vieţii care perpetuează existenţa prin motivarea persoanei de a căuta alimente şi apă şi desigur perpetuarea speciei prin motivarea pentru relaţii sexuale. Energia motivaţională a acestui instinct al vieţii, vigoarea ca forţă a psihicului a fost numită libido, după cuvântul latin pentru „dorinţă".

Libidoul este asimilat cu însăşi pornirea originară a vieţii, manifestarea energiei ce stă la baza vieţii se îndreaptă întotdeauna spre un obiect.

Thanatosul conţinând impulsurile morţii este o realitate biologică şi sursa agresivităţii, reflectă rezoluţia fundamentală a întregii tensiuni a vieţii, în moarte (Ryckman, 2000).

Obiectele spre care energia vitală se îndreaptă sunt: (1) propriul nostru eu, identificat mai întâi cu corpul, apoi cu întreaga noastră personalitate; (2) persoanele sau lucrurile din afara noastră, persoanele care ne îngrijesc, mama în primul rând, părinţii, fraţii şi alţi membri ai familiei, prietenii, oamenii din grupurile sociale în care ne integrăm, bunurile vieţii, persoane de sex opus, într-o anumită etapă a vieţii, în sens erotic; (3) lumea noastră interioară, a imaginaţiei, a gândirii, concepută în opoziţie cu lumea exterioară.

Problema referitoare la ceea ce este în sine inconştientul nu este mai judicioasă şi novatoare decât cealaltă cu o mai mare vechime referitoare la natura conştientului. Psihanaliza în cele din urmă a ajuns să divizeze chiar şi inconştientul, descompunându-l în preconştient şi inconştient propriu-zis.

Ipoteza determinismului psihic stă la baza abordării dinamice. Altfel spus, în minte la fel ca şi în natură nimic nu se întâmplă datorită şansei sau în mod aleator. Fiecare eveniment psihic este determinat de cel sau cele care l-au precedat.

Determinismul psihic propune o explicaţie psihologică bazală pentru fiecare emoţie, crez, impuls şi comportament. Din perspectivă psihanalitică nu există accidente. În cazul în care uitaţi numele unui profesor (spre exemplu) probabil, undeva adânc în interiorul dumneavoastră aveţi un impuls agresiv faţă de el.

Cunoaşterea celor patru concepte majore este utilă în înţelegerea acestei teorii: (1) inconştientul, (2) modelul topologic al psihicului, (3) dezvoltarea psihosexuală şi (4) relaţiile obiectuale cum ar fi ataşamentul şi relaţiile sociale.

În înţelegerea *inconştientului* Freud a utilizat tehnici precum hipnoză, asociaţiile libere şi analiza viselor, ajutând pacienţii să-şi înţeleagă cauzele determinative ale gândurilor, sentimentelor şi comportamentului.

Principiile fundamentale ale perspectivei psihanalitice se bazează în esenţă pe teoria lui Freud (1980) asupra *modelului topologic al psihicului.*

IV.1.2. Abordarea topografică

Referitor la conştiinţa umană, Freud credea că aceasta este excepţională mai degrabă decât un atribut regulat. Cu alte cuvinte, cele mai multe lucruri se petrec la nivel inconştient decât la nivel conştient.

Deoarece conştiinţa este fundamentul nostru, impulsurile sexuale şi agresive primitive ar putea perturba viaţa noastră de zi cu zi, prin urmare creierul nostru ne protejează de acestea. Aşa cum vom vedea mai târziu, scopul principal al terapiei psihanalitice este acela de a ne ajuta să devenim treptat conştienţi de impulsurile inconştiente.

Prin conştientizarea impulsurilor inconştiente suntem mai pregătiţi să le gestionăm, chiar şi atunci când aceste impulsuri primitive sunt în afara conştientizării şi încă pot acţiona asupra noastră într-un mod indirect şi distructiv.

Peste ani, mulţi psihanalişti au recomandat modificarea intervenţiei terapeutice prin dezvoltarea unei proceduri numite experienţa emoţională corectivă, proiectată pentru a accelera procesul terapeutic curativ.

A doua teorie asupra aparatului psihic postulează existenţa a trei instanţe psihice:

- Sinele, rezervor al energiilor pulsionale profunde, al trebuinţelor instinctuale, al forţelor primitive, guvernat de principiul plăcerii;
- Eu-l, derivat din Sine şi construindu-se la nivelul impactului cu realitatea, partea „conştientă" a conştiinţei (supusă principiului realităţii); Eu-l realizează compromisul optim între exigenţele Supraeului şi exigenţele Sinelui, asigurând echilibrul psihic, al persoanei; Eu-l foloseşte diferite mecanisme prin care deturnează energia Sinelui de la scopurile originare spre scopuri cu utilitate / semnificaţie socială (mecanismul refulării, mecanismul sublimării); se consideră că operează pe baza „principiului realităţii".

Freud încă de la începutul cercetărilor sale a presupus că Eu-l joacă rolul unei instanţe de control asupra impulsurilor agresive şi sexuale, în caz contrar aceste impulsuri vor încerca să dezbine însăşi funcţionarea socială a individului.

- Supraeul, instanţă inconştientă, formată prin interiorizarea normelor, în strânsă relaţie cu părinţii (în special cu tatăl), supus principiului datoriei, acţionează prin imperative morale; forma fictivă prin care se face resimţit Supraeul este culpabilitatea. Supraeul este reprezentantul părintelui idealizat, al personajului autoritar şi se formează sub influenţa mediului social.

Dezvoltarea psihosexuală

Individul parcurge o serie de stadii specifice în dezvoltarea psihosexuală, progresiv de la infantil spre maturitatea sexuală. Progresia normală spre stadiile psihosexuale permite individului să-şi conducă sentimentele inconştiente (sexuale) spre părintele de sex opus („complexul lui Oedip", născut din Supraeu). Mecanismele defensive îndeplinesc rolul de a

tempera instinctele. Eşecul în dezvoltarea adecvată a defensivităţii duce la conflicte, care sunt fundamentul nevrozelor. Totuşi, prin mecanismele defensive, Eu-l face posibilă funcţionarea individului în societate. Represia, prin urmare este unul dintre cele mai importante mecanisme defensive reţinând la nivelul inconştientului anumite impulsuri inacceptabile social generate de Id.

În cazul în care conflictele legate de dezvoltarea acestor mecanisme defensive continuă a fi insolvabile, există posibilitatea ca acestea să conducă la dezvoltarea psihopatologiei. Represia joacă un rol adaptativ în viaţa individului la un moment dat, însă tinde să devină maladaptativă prin încercarea de a ocupa locul realităţii, rezultând conflicte intra- şi interpersonale.

Relaţiile sociale şi ataşamentul

Teoria ataşamentului propune o explicaţie pentru anxietatea de separare; astfel, teoreticienii şi clinicienii cu orientare psihanalitică au observat efecte importante asupra dezvoltării emoţionale la tinerii care au fost separaţi de părinţii lor şi stabiliţi în medii nonsuportive. La adult fărâmiţarea ataşamentului are ca rezultat reacţii variate. Intensitatea şi durata răspunsului la separare depinde de experienţa anterioară a separării, de importanţa relaţiei şi de disponibilitatea spre alt ataşament suportiv.

Freud considera că forţa care mobilizează şi întreţine dezvoltarea psihică în ontogeneză este de natură instinctivă. Utilizând libido-ul drept criteriu de stadializare el identifică următoarele faze ale evoluţiei libidinale în care sunt incluse următoarele substadii: oral, anal, falic, latenţă şi genital.

În timp ce Freud acordă o atenţie deosebită copilăriei şi instinctului sexual, neopsihanaliştii subliniază rolul deosebit al vârstei adulte şi experinţelor socio-culturale.

Anxietatea infantilă este un factor necesar, dar nu şi suficient în dezvoltarea nevrozelor (Horney, 1996). Dacă copilul îşi ascunde suficient de bine propriile reacţii faţă de familie, conformându-se atitudinilor părinţilor săi, cu atât mai mult el îşi proiectează anxietatea asupra lumii externe (Adler, 1995), devenind încetul cu încetul convins că trăieşte într-o lume primejdioasă şi de temut.

Cu timpul această stare psihică se dezvoltă în mod insidios, instaurând sentimentul de a se găsi singur şi neajutorat în lume. Pare suficient de clar că punctul de plecare rămâne perturbarea relaţiilor interpersonale şi deficienţele în relaţionare învăţate prin conflicte reale, actuale şi mai puţin pulsiunile instinctuale.

Horney (1995) considera că există o conexiune cauzală directă între anxietate şi ostilitate, mergându-se chiar până la agresivitate. Dar, ca şi anxietatea, ostilitatea poate fi refulată, aşa încât manifestările ei să fie pur şi simplu inconştiente. Prin refulare, care în general apare ca un proces reflex,

ostilitatea dispare din conştiinţă sau este împiedecată să ajungă aici, însă nu va putea fi eradicată.

Anxietatea constituie „centrul dinamic al nevrozelor" fiind un răspuns emoţional în faţa unui pericol însă cu un caracter difuz prin sentimentul de neputinţă în faţa unei ameninţări de cele mai multe ori pur imaginar (Olea, 1997). Anxietatea devine un factor inconştient care determină comportamentul pe căi subterane, imperceptibile.

Freud (1994) împărţea nevrozele în două categorii: nevroze reale şi psihonevroze, care vor fi dezbătute în cele ce urmează.

1. *Nevrozele reale*, din punct de vedere psihanalitic au origine somatică; tulburările sexuale fiind dominante, anxietatea apare ca urmare a transformării energiei sexuale. Creşterea tensiunii sexuale (fenomen fiziologic) conduce spre o creştere a libidoului şi a reprezentării mintale a acesteia. Actul sexual în această situaţie este calea prin care individul se eliberează de tensiune. Insatisfacţiile sexuale, comportamentul anormal sexual şi frustrările sexuale (abstinenţa sau „coitus interruptus") nu permit eliberarea tensiunii, urmarea firească în conformitate cu teoria psihanalitică fiind nevroza anxioasă, neurastenia sau hipocondria.

2. *Psihonevrozele* ca de exemplu isteria, fobia sau nevroza obsesivă erau considerate de către Freud ca fiind determinate de tensiunea generată de o idee sau o imagine sexuală neacceptată care duce spre un conflict psihic. Totuşi, Freud susţinea că anxietatea psihonevrozelor se află pe o treaptă inferioară faţă de nevrozele reale.

Odată cu înlocuirea modelului topologic cu cel structural se avansează ideea anxietăţii ca semnal cu rol de a atrage atenţia asupra apariţiei unui pericol şi nu ca rezultat imediat al acestuia.

Anxietatea ca semnal este situată la nivel inconştient apoi la nivel subconştient cu rol de protecţie, semnalând Ego-ului prezenţa pericolului intern sau extern. Anxietatea-semnal apare ca răspuns cognitiv, ca perceperea unei prescripţii asupra unui pericol potenţial pe fondul unor traume din trecut. Dintre mecanismele de apărare represiei i s-au „trasat" cele mai multe sarcini; astfel dacă reprimarea este defectuoasă iar celelalte mecanisme nu au funcţionat corespunzător se instituie anxietatea. Nevrozele ar apărea deci şi datorită eşecului mecanismelor de apărare.

Horney (1996) observa că pacienţii cu nevroze au un nivel ridicat de anxietate de separare de-a lungul vieţii lor. De asemenea, Horney a constatat că pacienţii cu tulburare de panică au dificultăţi în recunoaşterea şi acceptarea propriilor afecte negative, precum şi în ierarhizarea lor.

Pacienţii care se confruntă cu sentimente de supărare sau mânie îşi degradează relaţiile afective cu familia şi ca urmare vor face eforturi sporite în direcţia negării acestor sentimente sau chiar în transformarea acestora în opusul lor cu scop protectiv.

Freud descria tulburările de anxietate ca făcând parte dintr-un întreg, în această categorie atacul de panică fiind plasat spre zona cu severitate

ridicată. Agorafobia o considera ca o pseudofobie, ca entitate distinctă faţă de celelalte fobii cum ar fi: fobia simplă, socială şi tulburarea obsesiv-compulsivă. Fobia era considerată ca fiind o substituire simbolică a dorinţei neacceptate, drept urmare beneficia de tratament psihanalitic. Revizuindu-şi părerile, Freud introduce agorafobia în aceeaşi categorie renunţând la ipoteza cauzelor somatice ale acestei tulburări.

Teoria psihanalitică a depresiei

Conform teoriilor psihanalitice predispoziţia la depresie rezultă din experienţele traumatice din copilăria timpurie care determină o fixaţie la un anumit stadiu de dezvoltare psihosexuală, mai ales la stadiul oral, determinând neajutorare şi lipsă de putere.

Pacientul depresiv deşi se acuză pe sine pentru eşecuri, în fapt, el acuză o altă persoană care a fost odată adorată şi cu care acesta se identifică în prezent (identificarea fiind de natură inconştientă). Actul de identificare este acompaniat de o regresie în vârstă până la stadiul oral unde se instalează fixaţia. Fixaţia explică unele simptome depresive ca de exemplu, supraalimentarea sau subalimentarea.

Rado (*apud* Bion, 1993) consideră melancolicul ca fiind bolnav, acesta având nevoie de o aprovizionare narcisistă externă netolerând deprivarea narcisistă (dezamăgiri minore cărora oamenii în mod uzual nu le-ar acorda atenţie). Prin urmare, depresia este o încercare disperată de a obţine iubire; această încercare însă nu se manifestă real ci doar pe plan mintal, imaginar, instalându-se astfel psihoza.

M. Klein consideră că predispoziţia la depresie nu este condiţionată de o traumă şi nici chiar de mai multe traume ci de calitatea relaţiei dintre mamă şi copil în primul an de viaţă. Astfel, în cazul în care această relaţionare primară nu reuşeşte să inducă sentimentul de securitate individul nu va putea depăşi obstacolul ambivalenţei afective faţă de obiectul iubirii (mama) şi ca urmare el va fi uşor susceptibil la accese de depresie. Depresia este rezultatul incapacităţii copilului de a depăşi anumite temeri şi de a atinge un nivel optim al stimei de sine.

Observăm o evoluţie a conceptului de depresie în perspectiva psihanalitică, aceasta trecând de la explicaţii care accentuau agresivitatea şi oralitatea la explicaţii care au atenţia focalizată asupra rolului jucat de stima de sine.

IV.2. INTERVENŢIA TERAPEUTICĂ

Fiinţa umană este o structură complexă, determinată de turbulenţele unor forţe intrapsihice aflate în conflict.

În psihanaliză, pacientul este cel care va decide despre ce anume se va discuta prin urmare, psihanalistul adoptă o atitudine profesională şi solicită

pacientului date referitoare la viaţa sa personală fără a se comporta precum un prieten sau o cunoştinţă apropiată acestuia.

Cura psihanalitică durează adesea între 1 şi 3 ani, perioadă în care vor avea loc mai multe şedinţe pe săptămână.

IV.2.1. Principii de bază

Freud susţinea noţiunea de *insight* care se referă la descoperirea forţelor inconştiente care operează din umbră şi perturbă comportamentul pacientului.

Psihanaliza urmăreşte în primul rând să modifice viziunea pacientului asupra propriei sale probleme şi de fapt întregul său mod de viaţă, iar în al doilea rând să-i formeze acestuia un nou mod de înţelegere a propriei sale persoane.

Etapele psihanalizei pot fi ierarhizate astfel:

1) simptomatologia pacientului este generată de un conflict actual;
2) conflictul actual îşi are rădăcinile într-un conflict bazal, din istoria de viaţă a pacientului, frecvent din copilăria mică;
3) pentru a soluţiona conflictul actual este necesar să fie „rezolvat" conflictul bazal;
4) pentru a soluţiona conflictul bazal, acesta este necesar să fie reactualizat;
5) conflictul bazal este reactualizat şi trăit în cadrul curei analitice sub forma nevrozei de transfer.

Pe baza materialului cules în cadrul analizei despre conflict (actual şi bazal) şi în baza analizei nevrozei de transfer trăite în cursul terapiei, se construieşte explicaţia dinamică. Pacientului i se explică faptul că nevroza de transfer (comportamentul său faţă de analist / terapeut), reprezintă o transpunere în prezent a unor stări afective din trecutul său; aceasta se realizează prin analiza materialului adunat în cursul psihoterapiei, prin compararea modelelor afective şi comportamentale din terapie cu cele relatate de pacient din trecut. Demersul întăreşte credinţa pacientului că vechile conflicte pot influenţa reacţii actuale.

Iluminarea (insight) urmează o serie de etape. În primul rând *pregătirea,* prin intermediul sentimentului de frustrare, disperare, frică, urmată de căutări prin încercare şi eroare a unei soluţii la dificultatea proprie şi urmată mai apoi de o recădere în care pacientul nu întrezăreşte nici o soluţie la propria dificultate. În al doilea rând, *perioada de incubaţie* este caracterizată prin tendinţa de fugă de propria problemă, scăderea motivaţiei în ceea ce priveşte ameliorarea proprie, rezistenţe la rezolvarea dificultăţii. În al treilea rând, *iluminarea* apare atunci când problema devine clară pentru pacient şi soluţia adesea se impune de la sine, iar în al patrulea rând, *aprecierea şi formularea soluţiei* este confruntată cu realitatea.

IV.2.2. Procedura preliminară

Diagnosticarea precede totdeauna cura psihanalitică, fază în care sunt discutate aspectele financiare ale psihanalizei, expectanţele legate de acest tip de intervenţie. Pacientul este atenţionat în legătură cu modificările care vor surveni în personalitatea sa, prin urmare psihanaliştii solicită adesea pacienţilor să nu ia decizii majore în această perioadă.

Există opinii care susţin că rolul anamnezei nu este numai acela de a revitaliza amintiri adormite ci şi de a resuscita energii şi forţe (Luborsky, 1984; Lemma, 2003). Psihanaliza se întemeiază pe credinţa în puterea vindecătoare a cuvântului rostit, sau a relatării amintirilor.

În psihanaliză, ca şi în medicina generală, relatarea evenimentelor care au dus la apariţia simptomelor este extrem de importantă. Pacientul este invitat să îşi reamintească fapte, evenimente, de orice natură ar fi acestea, care au însoţit simptomele. Psihanaliza consideră că simptomele de ordin nevrotic au un anumit sens şi implicit o anumită semnificaţie. De cele mai multe ori ele sunt formaţiuni substitutive, structuri care îmbină tendinţe psihice incompatibile sau conversiuni ale energiei psihice refulate. Pacientul nu cunoaşte aceste date şi de cele mai multe ori se alarmează căutând soluţia simptomelor sale în medicina tradiţională, în intervenţii medicale mai mult sau mai puţin ample.

În virtutea acestor fapte rolul anamnezei (reevocarea întâmplărilor care au precedat apariţia simptomelor), este extrem de importantă în tratamentul nevrozelor, deoarece semnificaţia simptomelor nu poate rezulta decât din cunoaşterea aprofundată a problemelor cu care se confruntă pacientul, a biografiei sale, a caracterului său, a ţelurilor şi nevoilor sale.

Diagnosticarea (şi comunicarea diagnosticului) este urmată de explicarea procedurilor de intervenţie precum şi de fixarea orarului şi a zilelor de întâlnire dintre terapeut şi pacient.

IV.3. TEHNICILE PSIHANALIZEI

Psihanaliza reprezintă la rândul ei metoda terapeutică de analiză a ideaţiei inconştiente a individului. Freud (1980) considera că problemele curente ale pacientului sunt urmarea experienţelor copilăriei, care implică conflicte legate de sexualitate. Freud admite de asemenea că experienţele din copilăria mică nu sunt disponibile imediat conştiinţei individului. Prin chestionare extensivă şi examinare detaliată, Freud a reuşit să aşeze elementele personalităţii individului împreună şi să-şi ajute pacientul să devină conştient de felul în care experienţele copilăriei au afectat comportamentul adultului în prezent.

Pentru a intra în contact cu „sfera obscură" şi „întunecată" a inconştientului, psihanaliştii utilizează frecvent următoarele tehnici: asociaţia

liberă, catharsis-ul, interpretarea, analiza viselor, transferul şi rezistenţa. Fiecare dintre aceste tehnici vor fi abordate în paginile următoare.

IV.3.1. Metoda asociaţiilor libere

Această metodă înlocuia utilizarea hipnozei în explorarea antecedentelor nevrotice ale pacienţilor.

Metoda asociaţiilor libere se baza pe credinţa lui Freud în determinismul psihic. În virtutea acestei viziuni, activitatea noastră psihică nu este subordonată liberului arbitru. Tot ceea ce produce mintea noastră îşi are rădăcina în inconştient, la care putem ajunge cu ajutorul asociaţiilor libere (Freud, 1980; 1993; 1994).

Determinismul psihic, este dezbătut în lucrarea lui Freud *„Psihopatologia vieţii cotidiene"* publicată în anul 1904. Această metodă constituie esenţa psihanalizei terapeutice.

Subiectul asociaţiilor libere este ales de pacient, iar terapeutul nu încurajează coerenţa sau alegerile pacientului precum nici firul director al asociaţiilor. Pacientul este liber să verbalizeze tot ceea ce îi apare în minte în acel moment fără să se preocupe de forma ori de conţinutul celor spuse. Produsele asociaţiilor libere sunt imagini, amintiri, sentimente, vise, reproşuri, gânduri autoacuzatoare, reverii etc. Cursivitatea asociaţiilor libere este frânată de rezistenţele pacientului (Kris, 2002). Freud credea că esenţa problemelor emoţionale ale oamenilor sunt în umbra acestui element de rezistenţă. Prin încurajarea pacienţilor de a vorbi liber, emoţiile şi sentimentele vor fi evidente sau vor ieşi la lumină.

Asociaţiile libere ale pacientului pot face referire la transferul asupra psihanalistului. Atunci când transferul este utilizat de către pacient ca un mecanism de rezistenţă, psihanalistul va fi necesar să analizeze situaţia creată.

Pacientul, întins pe canapea (condiţie care impune o anumită stare de relaxare), vorbeşte despre orice îi trece prin minte, fără a căuta ceva anume, un subiect sau o temă. Fluxul gândurilor este lăsat liber şi urmărit fără nici o intervenţiei voluntară. Aici este important ca mintea raţională sau critică să nu intervină pentru a cenzura gândurile aparent spontane (Kris, 2002).

Oamenii în general au tendinţa de a-şi cenzura produsele gândirii pornind de la diferite criterii: morale, etice, narcisice, culturale, spirituale etc. Metoda asociaţiilor libere solicită cu insistenţă renunţarea pentru puţin timp la cenzura intelectuală şi încurajează vorbirea liberă despre orice.

Analiza ulterioară a gândurilor generate prin metoda menţionată relevă anumite teme repetitive care indică complexe psihice cu încărcătură emoţională. Aceste complexe sunt desigur, inconştiente. Ele se activează în mod automat / spontan, provocate de anumite asociaţii verbale (uneori, întâmplătoare) şi influenţează viaţa psihică conştientă, într-o manieră adeseori dramatică. Sarcina psihanalizei este de a aduce în prim plan minţii conştiente aceste complexe şi de a le integra în viaţa concretă.

Catharsis

Catharsis, reprezintă o noţiune psihanalitică care descrie eliberarea tensiunii emoţionale a pacienţilor atunci când aceştia retrăiesc experienţa unui conflict sau sentimente contradictorii (controversate).

IV.3.2. Interpretările

Interpretarea joacă un rol important în psihanaliză. Pentru a înţelege ce cauzează conflictele pacientului, terapeutul în mod constant analizează simbolurile, sensurile ascunse a ceea ce spune sau face pacientul. Periodic, terapeutul sugerează posibile sensuri sau semnificaţii ale relatărilor sau ale comportamentului pacientului.

Interpretarea este decizia terapeutului, în funcţie de felul în care a decurs relaţia transferenţială şi cum poate face faţă pacientul interpretării.

Interpretarea reprezintă o încercare de influenţare a pacientului sau o proiectare a atitudinilor psihanalistului (şi a opiniilor). Credibilitatea interpretării depinde de verificarea acesteia de către pacient în cursul şedinţelor ulterioare prin interpretarea viselor şi metoda asociaţiilor libere. Deci, interpretarea organizează materialul prezentat de către pacient şi oferă o explicaţie cu sens oferind o cale în direcţia insight-ului cu privire la conţinutul inconştient care este cauza comportamentului disfuncţional.

Oferirea interpretării reprezintă un pas important în promovarea insight-ului, constituind un atac direct al blocajelor care îl împiedecă pe pacient să se elibereze de anxietate.

Anxietatea se află la baza majorităţii problemelor psihopatologice. Defensele împotriva anxietăţii lovesc în capacitatea adaptativă a pacientului, determinându-l să reacţioneze în moduri inadecvate la evenimentele cotidiene. Interpretarea orientată spre conştientizarea anxietăţii de către pacient îi arată acestuia cum reacţionează la emoţii şi defensele pe care le foloseşte împotriva ei.

Totuşi, interpretarea nu este lipsită însă şi de pericole inerente. Confruntându-l pe pacient cu aspectele psihicului său pe care le rejectează, poate fi amplificată anxietatea şi pot fi stimulate rezistenţe şi mai puternice la conţinuturile nedorite.

Astfel, ar fi „bine" să se interpreteze pacientului doar materialul de care este cel puţin preconştient.

De obicei pacientul este condus spre a face singur interpretările, minimalizându-se astfel pericolele. Psihanalistul îl ajută pe pacient oferindu-i idei, sistematizând materialul în secvenţe şi punându-i întrebări. Pacientul este condus spre înţelegerea a ceea ce refuză să vadă şi ceea ce este inacceptabil pentru el.

Uneori este necesar să i se ofere pacientului interpretări frontale, mai ales atunci când rezistenţele îl împiedică pe pacient să facă propriile interpretări. În acest caz este important tipul de relaţie (terapeut – pacient) şi

felul în care sunt prezentate aceste interpretări. Dacă există o bună relaţionare şi dacă interpretările nu au un ton acuzator, pot avea un efect benefic.

Interpretările pot fi făcute cu privire la oricare aspect inconştient sau parţial conştient al comportamentului sau vieţii psihice.

Interpretarea rezistenţelor îl ajută pe pacient să facă progrese de la o şedinţă la alta. Interpretarea conţinutului refulat este utilizată mai rar şi doar în terapia reconstructivă unde terapeutul are o bună relaţie cu pacientul.

În interpretarea conţinuturilor este important de reţinut că materialul provenit din vise, acte ratate şi manifestări transferenţiale nu trebuie interpretate direct până când pacientul nu dovedeşte că este conştient sau preconştient de acest material.

Pentru a fi eficiente, interpretările trebuie repetate. Pacientul poate rezista la prima interpretare. Când focarul rezistenţei este eliminat, pacientul ar putea remarca acurateţea observaţiilor terapeutului.

IV.3.3. Analiza viselor

Analiza viselor, considera Freud că va duce la decriptarea nevrozelor şi va oferi o cale de acces spre inconştient. Visul ca „realizare a unei dorinţe", în opinia lui Freud, reprezintă o trecere de la interpretarea conţinutului manifest al visului spre cel latent. În plus, Freud a analizat natura deformării viselor arătând că este în parte generată de cenzură şi de travaliul visului, proces prin care ideile latente sunt transformate.

Psihanaliştii, începând cu Freud, consideră că visele conţin informaţii importante legate de ideaţia inconştientă şi conflictele pacienţilor (Lane şi Harris, 2002).

Conţinutul manifest al visului este conceptul psihanalitic care sugerează o legătură directă cu conştientul, deci reamintirea unor aspecte ale unui vis.

Conţinutul latent reprezintă un ansamblu de semnificaţii la care se ajunge prin analiza unui anumit produs al inconştientului persoanei (în acest caz: visul). Visul decriptat poate fi redus la o sumă de idei sau un discurs care exprimă o sumă de dorinţe.

Psihanaliştii interpretează visele prin analiza conţinutului manifest ca paravan al dorinţelor inconştiente şi în mod special a celor cu natură sexuală sau agresive. Freud atenţiona psihoterapeuţii în legătură cu tendinţa de suprainterpretare, astfel Freud glumea pe această temă spunând: „*Uneori un trabuc este doar un trabuc*" (Freud, 1993).

Aşa cum am văzut în tehnica anterioară pacientul poate face referire la vise, metoda solicită orientarea asupra unor detalii care sunt semnificative fie psihanalistului fie pacientului şi nu în întregime asupra visului.

Literatura de specialitate atestă existenţa unei arii largi de vise, totuşi din punct de vedere psihanalitic interpretările psihoterapeutice se fac pe baza viselor simbolice şi de angoasă. Astfel, visele simbolice presupun o anumită

structură (logică), însă pot fi şi nestructurate (ilogice). Visele de angoasă exprimă frecvent pulsiuni bazale cu o notă agresivă.

Freud (1994) a arătat că nu există un simbolism universal al viselor, astfel eficienţa interpretării va creşte dacă analiza visului va fi completată cu materialul unor alte vise.

Interpretarea sau analiza viselor este capitolul poate cel mai fascinant al psihanalizei. Primim foarte multe mesaje care ne solicită interpretarea unor simboluri. Această fascinaţie se datorează credinţei că visele exprimă mesaje exterioare, de la entităţi spirituale sau poate chiar de la Dumnezeu, mesaje în care fie vedem ce urmează să se întâmple, fie suntem avertizaţi în privinţa unor evenimente neplăcute viitoare.

Psihanaliza nu tratează visul în acest context spiritual. Interpretarea viselor este un instrument care ajută la descoperirea conţinuturilor psihice (emoţii şi aspiraţii refulate, tendinţe instinctuale blocate) aflate în inconştient, conţinuturi care se manifestă patologic prin simptome nevrotice.

Tehnica interpretării viselor

În prima etapă, pacientul va relata visul în timp ce psihanalistul consemnează tema (temele) visului, evenimentele în funcţie de felul (ordinea de prezentare) în care le prezintă pacientul. Analistul este necesar să acorde atenţie emoţiilor trăite de pacient pe parcursul relatării şi legăturii acestora cu tema, relaţiile spaţiale care pot indica relaţii interpersonale. În etapa următoare pornind de la conţinutul manifest, pacientul este invitat să facă asociaţii libere adunându-se treptat informaţii (conţinut latent). În ultima etapă, pe baza materialului acumulat, psihanalistul prezintă o interpretare care relaţionează conţinutul manifest cu cel latent (Lane şi Harris, 2002).

Eficienţa tehnicii interpretării viselor este dependentă de credibilitatea acordată şi de măsura în care interpretarea este acceptată de către pacient. În consecinţă este mai importantă plauzibilitatea decât adevărul absolut, ceea ce va conduce spre depăşirea anxietăţii (prin oferirea unei interpretări sau mit terapeutic) şi desigur la diminuarea probabilităţii ca visul să se repete.

IV.3.4. Transferul

Transferul este un aspect esenţial şi inevitabil al relaţiei pacient-analist. Transferul este un concept psihanalitic care descrie situaţia în care pacientul raportează la analist relaţii retrăite şi importante din viaţa sa personală. Un pacient ar putea interacţiona cu analistul / terapeutul ca şi cum acesta ar fi un iubit sau părinte. Când transferul domină terapia, comentariile pacienţilor ar putea fi ţintite direct spre viaţa personală a analistului. Transferul este adesea dificil de învins în psihanaliză, dar acesta poate fi utilizat terapeutic ca model al felului în care pacientul se raportează la oamenii importanţi din viaţa sa.

Relaţia analist-pacient are un caracter iraţional, proiectiv şi ambivalent. Pacientului i se explică modul în care funcţionează această relaţie precum şi rădăcinile sale în istoria de viaţă.

Transferul este o repetiţie a experienţelor traumatice din copilărie, care vor fi transferate asupra analistului. Prin urmare, analistul îşi va menţine atitudinea profesională şi neutralitatea. Pacientul trăieşte această experienţă nu atât prin reamintirea evenimentelor cât şi prin retrăirea stării afective care a fost importantă în trecut. Pe parcursul tratamentului pot să dispară simptome datorită relaţiei de tip transferenţial, pacientul considerând adesea că problemele sale au dispărut.

Repetarea acestor modele de comportament în cadrul relaţiei terapeutice a fost numită *nevroză de transfer*. Astfel, psihanalistul este privit ca fiind superior, uneori cu anxietate (supunere) sau cu ostilitate (revendicativ, resentimente etc.).

Sarcina curei analitice este punctarea sentimentelor şi atitudinilor pacientului, ceea ce va determina o abordare realistă a analistului (în primul rând), iar în etapa următoare o relaţionare adecvată şi cu ceilalţi.

IV.3.5. Rezistenţa

Rezistenţa din punct de vedere psihanalitic reprezintă strategiile defensive inconştiente ale pacienţilor care împiedică analistul să înţeleagă problemele acestora. Rezistenţa se instalează ca urmare a conflictelor şi neplăcerilor pe care le determină la nivelul conştiinţei. Altfel spus, prin rezistenţă, pacienţii nu intră în contact cu propriile probleme.

Absenţa de la şedinţe sau recunoaşterea ulterioară a rezistenţelor, dialogul contradictoriu cu analistul, falsificarea asociaţiilor libere sunt doar câteva exemple potenţiale de rezistenţe. Unii pacienţi evită să discute subiecte triviale şi evită să înfrunte propriul conflict. Prin urmare, un scop major al analistului este chiar depăşirea acestei rezistenţe.

IV.3.6. Analiza acţiunilor pacientului

Sunt analizate adesea modificarea comportamentului în familie, la muncă, cu prietenii precum şi apariţia şi dispariţia unor simptome. Comportamentul nonverbal şi verbal (pronunţii eronate) sunt de asemenea indicatori ai stării pacientului şi a modificărilor survenite în diferite etape ale analizei.

IV.3.7. Contratransferul

Contratransferul se referă la acele trăiri afective pe care terapeutul le experienţează faţă de pacient şi care reprezintă o repetare a trăirilor afective pe care terapeutul le-a avut faţă de persoane semnificative în cursul istoriei sale de viaţă sau care reprezintă o reacţie inconştientă la transferul

pacientului. Terapeuţii sunt pregătiţi să recunoască manifestările contratransferului şi să le blocheze sau să le utilizeze creativ în terapie.

Contratransferul se manifestă prin reacţii emoţionale puternice, pozitive sau negative, nejustificate de situaţia terapeutică faţă de pacient, fantezii sexuale cu pacientul şi creşterea nejustificată a frecvenţei întâlnirilor dintre pacient şi terapeut (Meissner, 2002).

Conştientizate, manifestările contratransferului pot fi blocate printr-o autoanaliză sau prin recurgerea la supervizare sau pot fi utilizate creativ (amplificarea transferului pacientului şi creşterea ritmului instalării nevrozei de transfer), dinamizând astfel demersul terapeutic. Nevroza de transfer reprezintă o retrăire a conflictelor pacientului din prima copilărie în cadrul terapiei, uşurând astfel identificarea şi rezolvarea lor.

Este important ca analistul să nu răspundă emoţional la solicitările pacientului şi să-şi controleze propriile atitudini.

IV.3.8. Prelucrări asupra materialului

Interpretările asupra materialului verbalizat de către pacient vor continua chiar dacă pacientul nu le asimilează emoţional sau nu le acceptă. Constructele oferite de analist se referă la anumite aspecte ale personalităţii acestuia.

Prelucrarea asupra materialului asociativ este progresivă, repetitivă şi va dura până când semnificaţiile psihologice sunt integrate şi înţelese de către pacient.

IV.4. ANALISTUL

Analistul este necesar să ştie că simptomele nu pot fi înţelese direct şi anume de ce nu pot fi înţelese direct. Orice încercare de interpretare imediată a simptomelor se dovedeşte a fi o eroare, ducând în cel mai bun caz la pierdere de timp. De obicei, pacientul nu agreează acest mod de a proceda, doreşte să-şi vadă explicate pe loc simptomele şi respinge ceea ce el crede a fi o inutilă tergiversare. Pe de altă parte constatăm în practica clinică resentimente ale pacienţilor în momentul în care încercăm să le pătrundem secretele personalităţii.

Eficient este ca psihanalistul să-i explice mobilul stilului său de a proceda şi să analizeze reacţiile pacientului la aceste explicaţii.

Un obiectiv pertinent în plan terapeutic este identificarea tendinţelor nevrotice, descoperirea funcţiilor îndeplinite şi a consecinţelor pe care le au asupra personalităţii pacientului.

Tehnicile cu care operează analistul sunt în general cele recomandate de Freud şi anume asociaţiile libere şi interpretările, studierea detaliată a relaţiilor dintre pacient şi analist, ca mijloc de descoperire a naturii relaţiilor pacientului cu alţi oameni.

Analistul trebuie să-şi asume un rol relativ *pasiv*, să asculte asociaţiile pacientului cu o atenţie uniform distribuită şi totuşi interpretările date pacientului să exercite o influenţă *activă* asupra asociaţiilor pacientului.

Relaţia terapeutică implică nu numai examinarea asumpţiilor fundamentale neînţelese ci şi modificarea lor. În prezent, procesul terapeutic poate fi bine delimitat în timp sau în cazul terapiei psihanalitice clasice se poate extinde pe o perioadă nedeterminată de timp.

Tehnicile terapeutice delimitate temporal sunt utilizate în cazul în care pacientul prezintă abilităţi cognitive cel puţin la un nivel mediu, inteligenţă şi probleme care pot fi conceptualizate ca fiind un conflict focalizat.

Pentru producerea unui rezultat, alianţa terapeutică este mai mult decât necesară, fapt susţinut de Lindsay şi Powell (1994) precum şi de către Davidson şi Neale (1994). Pacienţii se simt cel mai probabil înţeleşi şi apreciaţi. Barierele în dezvoltarea unei alianţe terapeutice includ o diminuare a capacităţii fiecărui participant de a se angaja într-o relaţie intensă dar structurată, de exemplu relaţii personale prea „strânse" dintre pacienţi şi terapeuţi sau consumul abuziv de toxice.

Abilitatea de a furniza un cadru pentru schimbare şi de a facilita învăţarea terapeutică în timp ce sunt controlate reacţiile pacienţilor este de maximă importanţă. Cercetările au ţintit identificarea altor aspecte ale terapiei psihanalitice, astfel focalizarea pe tehnici specifice este utilă în cazul pacienţilor care au fost diagnosticaţi pe baza DSM-IV (1994). De exemplu, metodele terapiei interpersonale sau centrate pe persoană au efecte pe termen lung prin focalizarea pacienţilor asupra relaţiilor interpersonale, examinarea sentimentelor în cadrul relaţiei terapeutice. Terapeutul joacă rolul de „participant-observator" în viaţa pacientului.

IV.5. LIMITE ALE PSIHANALIZEI

Adesea psihanaliza a fost considerată subiectivă şi neştiinţifică iar noţiunile psihanalitice de proces inconştient, ego, defense sunt aproape în întregime incapabile de a indica conexiuni comportamentale măsurabile obiectiv şi valide.

Contextul social este adesea ignorat în tratamentul psihanalitic. Focalizarea aproape exclusivă asupra aplanării intrapsihice a indivizilor neglijează sinele ca subsistem al familiei. Tulburările şi fixaţiile sunt atribuite conflictelor interne mai degrabă decât disfuncţionalităţilor şi problemelor sociale. Tatălui i se acordă un rol periferic, astfel impactul părintelui în familie precum şi formarea şi socializarea copilului este minimalizat.

Terapia psihanalitică are un rol limitat în tratamentul tulburărilor psihotice majore (de exemplu schizofrenia). Eficacitatea acestei metode de tratament în situaţii clinice în care adesea este prescrisă este vizibilă în tratamentul tulburărilor de personalitate şi mai puţin în cazul tulburărilor de

anxietate, fapt susţinut de Beck (1976) precum şi de către Ingram şi Kendall (1986). Totuşi, rămâne de stabilit în viitor veridicitatea acestei abordări.

Tulburările psihosomatice (din perspectivă psihanalitică) sunt formate din tendinţa pacientului de a minimaliza, ignora sau chiar de a nega existenţa bolii; în esenţă, este vorba de o încercare a pacientului de a exclude boala din conştiinţa sa, fapt a cărui valoare adaptativă nu trebuie neglijată, mai ales din perspectiva stării psihice a celui în cauză în faza acută a tulburării psihosomatice.

Rezistenţa pacienţilor la terapie este dată de:

- slaba complianţă faţă de terapiile somatice;
- regresia prin care pacientul caută în boală în mod inconştient, anumite beneficii secundare legate mai ales de atenţia celorlalţi şi de îngrijire. Regresia pacienţilor cu boli psihosomatice înaintează spre un comportament care corespunde unei perioade intens conflictuale sau psihotraumatizante din antecedente.

Spre deosebire de pacienţii psihiatrici, regresia pacienţilor cu boli psihosomatice îmbracă două aspecte care determină: alterare a capacităţii Egoului de a percepe şi evalua pericolele; şi utilizarea energiei restante, neneutralizate, în reacţii resomatizate faţă de semnalele de pericol fals percepute.

Întâmpinată cu încredere şi uneori cu entuziasm, psihanaliza a fost acreditată, iniţial, cu o mare eficacitate clinică. Datele cercetărilor ulterioare (multe dintre ele comunicate de clinicienii psihanalişti), nu au confirmat rezultatele iniţiale. Trebuie să ţinem cont de faptul că psihoterapia nu constituie abordarea specifică în nici o boală psihosomatică, după cum nu poate constitui unica intervenţie terapeutică.

Psihoterapia nu vindecă boala somatică dar, aplicată adecvat, poate contribui la evoluţia favorabilă a bolii. Aceasta nu înseamnă că psihoterapia îşi dispută întâietatea cu farmacologia în terapia bolilor psihosomatice ci dimpotrivă, cel puţin în forma acută a bolii, constituie abordare terapeutică secundară care, în funcţie de context, poate deveni complementară.

IV.6. TERAPII PSIHODINAMICE CONTEMPORANE

Cu toate că terapia psihodinamică a suferit transformări semnificative de-a lungul secolului XX, cei mai mulţi psihoterapeuţi psihodinamici încă sondează inconştientul pacienţilor în legătură cu experienţele copilăriei pentru a furniza rezolvarea problemelor curente ale acestora. Mulţi terapeuţi psihodinamici contemporani încearcă să-şi ajute pacienţii să pătrundă şi să înţeleagă propriile conflicte reprimate precum şi încărcătura afectivă sau sentimentele.

În ultimele decenii, doar un mic procentaj din terapeuţi urmează cu rigurozitate modelul director a lui S. Freud. Totuşi, în prezent psihoterapeuţii adepţi ai acestei orientări pe lângă accentuarea inconştientului şi a primelor

experienţe din familie, acordă o importanţă considerabilă conştientului şi relaţiilor curente în înţelegerea problemelor pacienţilor (Goglează, 2002).

Într-un număr relativ limitat de cazuri se utilizează „divanul" şi poziţia orizontală a pacientului conform prescrierilor lui Freud sau întâlnirile dintre terapeut şi pacient de mai multe ori pe săptămână. În prezent, pacienţii în mod uzual negociază săptămânal, ziua şi ora de întâlnire şi sunt poziţionaţi confortabil „faţă în faţă" cu terapeutul.

Abordările psihodinamice contemporane accentuează dezvoltarea sinelui în context social cum ar fi Erikson, Kohut şi Mahler. De exemplu, în perspectiva lui Kohut relaţiile timpurii împreună cu ataşamentul sunt de o importanţă decisivă. Felul în care ne dezvoltăm şi felul în care renunţăm la aceste figuri ale ataşamentului precum şi continuitatea nevoii de acestea sunt aspecte subliniate în perspectiva neopsihanalitică. Kohut recomanda pentru terapie implicarea pacienţilor în identificarea şi descoperirea relaţiilor cu ceilalţi.

Conceptele prezentate anterior (empatia şi înţelegerea) sunt pietre de temelie ale terapiilor dinamice şi umaniste prin faptul că încurajează pacienţii să-şi descopere *sensul* sinelui.

Terapiile actuale accentuează importanţa anxietăţii de separare în copilărie precum şi relaţiile sociale din perioada copilăriei, mai ales a celor dintre copii şi părinţi (Olea, 1997; Stein şi Edwards, 2002) care pot afecta dezvoltarea copilului conducând spre o susceptibilitate ridicată la anxietate în viaţa adultă.

Terapiile dinamice de scurtă durată au limitat drastic numărul întâlnirilor dintre pacient şi analist cu o focalizare preponderentă asupra problemelor de ordin interpersonal precum şi adoptarea unei atitudini mult mai active renunţând la „neutralitatea binevoitoare".

Neopsihanaliştii încorporează principiile cardinale ale psihanalizei cum ar fi rezistenţele, valoarea interpretării etc. În mod clar nu toate detaliile tratamentului pot fi planificate, prin urmare terapeuţii vor utiliza în mod conştient diverse tehnici într-o manieră flexibilă.

Terapeuţii în mod evident sunt mult mai directivi când utilizează terapia analitică limitată în timp, decât atunci când utilizează analiza standard prescrisă de Sigmund Freud.

Capitolul V

TERAPIA COMPORTAMENTALĂ

Mihai Marian şi Gabriel Roşeanu

V.1. Fundamente ale terapiei comportamentale
V.1.1. Baze conceptuale ale terapiei comportamentale
V.1.2. Condiţionarea clasică
V.1.3. Condiţionarea operantă
V.1.4. Învăţarea cognitivă
V.1.5. Învăţarea prin observaţie

V.2. Formarea tulburărilor psihice şi modelul A B C de intervenţie
V.2.1. Modelul A B C

V.3. Obiective ale terapiei comportamentale

V.4. Relaţia terapeutică

V.5. Strategii terapeutice şi tehnici de lucru
V.5.1. Analiza comportamentului
V.5.2. Condiţionarea clasică - tehnici
V.5.3. Extincţia şi reluarea spontană a comportamentului
V.5.4. Comportamente apetitive
V.5.5. Modelarea
V.5.6. Dezvoltarea de noi comportamente adaptative
V.5.7. Antrenamentul asertiv
V.5.8. Procesul schimbării în terapie

V.6. Limite ale terapiei comportamentale
V.6.1. Critici

V.7. Relaxarea
V.7.1. Principii generale aplicabile tuturor tehnicilor de relaxare
V.7.2. Poziţii pentru relaxare
V.7.3. Relaxarea progresivă (R.P.J.)
V.7.4. Respiraţia relaxată
V.7.5. Vizualizarea
V.7.6. Clarificări aplicative ale tehnicilor de relaxare

V.1. FUNDAMENTE ALE TERAPIEI COMPORTAMENTALE

Terapia comportamentală apare în a doua jumătate a secolului XX, perioadă în care scena sănătăţii mentale a fost dominată de psihiatri instruiţi în chimioterapie şi în al doilea rând, în psihanaliza clasică sau forme terapeutice neo-freudiene.

Tratamentul se concentra în mare măsură pe descoperirea proceselor inconştiente considerate a fi motivele reale pentru psihopatologie şi suferinţă. Terapia în general era programată pe termen lung, durând de multe ori ani, iar modelul etiologic al bolii, diagnosticul şi tratamentul tulburărilor psihice a servit drept cadru conceptual predominant.

Tratamentul era condus mai mult de intuiţia clinică decât de ştiinţă şi de date. Deciziile empirice responsabile sau tratamentul susţinut şi ghidat de date palpabile a fost practic inexistent. Ceva trebuia să se schimbe în comunitatea ştiinţifică şi astfel, primii pionieri ai terapiei comportamentale au fost gata să ofere o abordare alternativă care putea revoluţiona domeniul sănătăţii mentale.

În 1913, John B. Watson publică în *Psychological Review* prima prelegere intitulată *„Psychology as the Behaviorist Views It"* care a devenit cunoscută sub numele de „manifestul behaviorist". Watson a pledat împotriva conştiinţei ca subiect psihologic şi a introspecţiei ca metodă. În schimb, el a susţinut că psihologia este şi trebuie să fie o ramură a ştiinţei pur experimentală (obiectivă), a cărei obiectiv este teoretic predicţia şi controlul comportamentului.

John B. Watson a avut o carieră relativ scurtă în psihologie, iar ca profesor poate fi considerat ca fiind cel care a făcut cunoscută munca de cercetare a lui Pavlov în S.U.A. În prima parte a anului 1920, J. Watson împreună cu Rosalie Rayner au demonstrat achiziţionarea prin condiţionare a fricii faţă de un şobolan alb şi generalizarea ulterioară a fricii. Un caz faimos este cel al „micuţului Albert" prin intermediul căruia (în 1920) au demonstrat că fobia este un răspuns emoţional condiţionat demonstrând totodată forţa teoriei învăţării în ceea ce priveşte explicarea comportamentului uman.

Această demonstraţie a derivat din procedurile de condiţionare stabilite iniţial de către Ivan Pavlov; procedurile ajungând să fie cunoscute sub numele de condiţionarea pavloviană sau clasică. Prin 1924, Mary Cover Jones a continuat să demonstreze modul în care frica poate fi tratată prin imitaţie socială (acum tehnica este cunoscută sub numele de modelare), precum şi prin expunere la un stimul temut fără consecinţe negative anticipate: o procedură care extinde principiile de bază pavloviene ale condiţionării clasice, cum ar fi dispariţia prin expunerea neîntărită. Cu această demonstraţie de succes, seminţele a ceea ce avea să devină terapie comportamentală au fost sădite. După 1930, psihologia din Statele Unite a încetat să fie ştiinţa conştiinţei şi a devenit ştiinţa de sine qua non a comportamentului observabil. Psihologia ca o ştiinţă a comportamentului a înflorit în special în departamentele universitare, iar noile teorii ale învăţării şi

condiţionării se cristalizau prin cercetători care s-au impus, cum ar fi: Clark Hull, Edwin Guthrie, Edward Thorndike, B. F. Skinner şi Edward Tolman. Fiecare dintre aceşti cercetători au pus bazele conceptuale şi ştiinţifice pentru ceea ce avea să devină mai târziu terapia comportamentală.

Psihologia clinică a fost recunoscută oficial (ca profesie) în 1949, în primii ani care au urmat celui de-al doilea Război Mondial. Psihologii clinicieni au fost instruiţi în cadrul modelului om de ştiinţă-practician, model expus de delegaţii la Conferinţa din Boulder, Colorado, S.U.A., în 1949, unde urma să se stabilească rolul comportamentalismului în sănătatea mentală. Deşi instruiţi ca oameni de ştiinţă (predominant experimental şi comportamental), psihologii clinicieni au apelat din nou la cadrul conceptual psihanalitic sau neo-analitic din care se inspirau în practica clinică. Andrew Salter în 1949, în lucrarea *„Conditioned Reflex Therapy"*, descria nevrozele în termenii condiţionării pavloviene, iar John Dollard şi Neil Miller în 1950 prezentau o traducere comportamentală convingătoare a conceptelor freudiene însă, nici textul acestora nu părea să aibă un impact semnificativ în producerea unei psihologii aplicate a comportamentului ancorată în domeniul ştiinţei comportamentale. De fapt, eforturile lui Dollard şi Miller de a aduce conceptele freudiene în conformitate cu principiile condiţionării au fost fundamentate pe asumpţia (fragilă) că psihanaliza clasică este într-adevăr eficientă ca tratament pentru probleme psihologice (Forsyth şi Sabsevitz, 2002).

Terapia comportamentală a fost consacrată prin tenacitatea şi munca oarecum independentă a lui Joseph Wolpe şi a studentului său Arnold Lazarus în Africa de Sud, a lucrărilor experimentale şi clinice implementate de Monty B. Shapiro şi Hans J. Eysenck la Spitalul Maudsley în Londra, precum şi prin eforturile lui Andrew Salter, O. R. Lindsley şi B. F. Skinner în S.U.A. Pionerii comportamentalismului aplicat au avut un sentiment de unitate, un scop comun, o pasiune revoluţionară pentru ştiinţă în sine, dar şi pentru ceea ce ştiinţa putea oferi indivizilor, grupurilor şi societăţii în general.

Două lucrări extrem de influente au apărut (după 1950) ajutând la stabilirea terapiei comportamentale ca o abordare unică în înţelegerea şi ameliorarea suferinţei şi anume *„Psychotherapy by Reciprocal Inhibition"* a lui Joseph Wolpe, în 1953 şi *„Science and Human Behavior"* a lui B. F. Skinner, în 1958. În anii care au urmat, date care susţineau eficacitatea terapiei comportamentale au apărut într-un ritm alert. În 1958, Arnold Lazarus a propus o primă definiţie a terapiei comportamentale susţinând că este aplicarea unor criterii obiective şi a unor tehnici de laborator derivate terapeutic pentru tratamentul unor pacienţi nevrotici. În anul următor, Hans Eysenck definea terapia comportamentală ca fiind aplicarea teoriilor moderne ale învăţării în tratamentul tulburărilor psihice. Definiţia a ceea ce constituie terapia comportamentală a continuat să fie supusă revizuirii în următorii zece ani urmând ca baza conceptuală a tratamentului comportamentalist înrădăcinat în behaviorismul clasic şi principiile învăţării să fie înlocuite cu o afiliere mai

generală, cu empirismul, o abordare bazată pe date ale tratamentului şi tehnicii terapeutice sau o anumită marcă specifică a terapiei.

Prin 1960, terapia comportamentală a suferit o dezvoltare substanţială şi tumultoasă (apare în 1966 şi este modificată în 1968, *Association for Advancement of Behavior Therapy*), însă odată cu dezvoltarea a apărut şi diversificarea, disidenţa internă, evaluarea şi autocritica. Disoluţia terapiei comportamentaliste cu baza conceptuală behavioristă începe după deceniul şase al secolului XX şi în multe privinţe această formă de tratament nu şi-a mai revenit.

Behaviorismul ca nucleu conceptual al terapiei comportamentale, treptat a fost înlocuit cu perspective pluraliste, iar terapia comportamentală a ajuns să fie definită în cadrul modelelor mult mai largi psihosociale. Aceste modele subliniau empirismul şi modificarea comportamentului unei persoane în mod direct prin aplicarea principiilor generale psihologice, nu neapărat a principiilor comportamentale ale învăţării. Abordările anterioare fundamentate pe gândirea comportamentalistă şi cercetări asupra animalelor au fost privite tot mai frecvent ca fiind înguste şi simpliste, inapte pentru a ţine seama de comportamentul uman complex. În 1969, Albert Bandura publică *„Principles of Behavior Modification"*, lucrare în care prezenta abordarea socială a teoriei învăţării, subliniind importanţa învăţării vicariante, medierea cognitivă şi funcţia de autoreglare a comportamentului uman. În mod ironic, învăţarea socială şi cogniţia au fost întotdeauna parte a behaviorismului post-watsonian, a terapiei comportamentale timpurii şi în special a scrierilor lui B. F. Skinner şi Arthur Staats. Cu toate acestea, concepţia comportamentală asupra cogniţiei (precum un comportament) explicată în termeni de principii ale învăţării a fost văzută ca fiind limitată; o perspectivă care persistă şi în prezent.

Terapia comportamentală a secolului XXI arată destul de diferit de terapie comportamentală a primelor decenii ale secolului XX. Terapeuţii comportamentalişti au câştigat lupta pentru legitimitate în arena sănătăţii mentale; succesul terapiei comportamentale într-o gamă largă de probleme este bine stabilit. Studiile clinice randomizate, eficacitate, tratamente clare, diseminare, rezultatele evaluării tratamentului, răspunderea, eficienţa în timp, cost, calitatea şi integritatea tratamentului şi gestionarea îngrijirii sunt acum noţiuni comune. Cei mai mulţi terapeuţi comportamentalişti se identifică vag cu terapeuţii cognitiv-comportamentalişti şi nu văd în utilizarea acestui termen despărţit în silabe o eliminare conceptuală.

V.1.1. Baze conceptuale ale terapiei comportamentale

Termenul „conceptual" (în contextul tratamentului comportamental) este util pentru a surprinde esenţa terapiei comportamentale ca o largă interconectate cu un set de ipoteze şi valori şi pentru a concepe şi înţelege comportamentul uman care influenţează în mod invariabil ştiinţa şi aplicaţia practică a terapiei comportamentale.

Gerald Zuriff, în textul său clasic din 1985, *„Behaviorismul: o reconstrucţie conceptuală"* susţinea că behaviorismul nu este pur şi simplu ştiinţa comportamentului dezvoltată de behavioriştii secolului al XIX-lea, ci mai degrabă un cadru conceptual care stă la baza ştiinţei. Behaviorismul vorbeşte despre ipoteze, valori, presupoziţii şi implicit despre bunele practici aplicate într-o ştiinţă a comportamentului. Pe de altă parte, nu este cu siguranţă o abordare monolitică, există multe aspecte filosofice şi conceptuale în behaviorism (Kazdin, 2002; Forsyth şi Sabsevitz, 2002).

Bazele conceptuale ale terapiei comportamentale contemporane sunt mai degrabă implicite şi mai puţin explicite fiind adesea menţionate de către terapeuţii comportamentalişti contemporani în trecere doar din interes istoric.

Edwin Erwin, filosof de profesie, în 1978 a scris un text dedicat exclusiv bazei filosofice, conceptuale, şi morale a terapiei comportamentale. În 1987, Rosemary Nelson şi Steven Hayes au editat o carte dedicată bazelor conceptuale ale evaluării comportamentale. Clarificarea bazelor conceptuale ar trebui să fie o problemă contemporană pentru a risipi neînţelegerile în legătură cu ceea ce constituie practicarea, ca terapeut comportamentalist.

Mecanicismul

O filosofie mecanicistă are ca scop identificarea blocurilor esenţiale care compun structura fundamentală. Părţile sunt văzute ca elemente din care derivă întregul.

La acest punct de vedere este esenţial faptul că părţi ale mecanismului reflectă o realitate obiectivă care aşteaptă să fie descoperită şi că scopul analizei este cel de a elucida principii, legi fundamentale şi teorii care pot fi utilizate pentru a clasifica părţile, relaţiile dintre părţi şi forţele care explică împreună funcţionarea mecanismului. Adevărul se bazează, în mare parte, pe corespondenţa dintre realitatea obiectivă şi credinţa în mecanismele care-i stau la bază sau pe structuri, dintre care multe sunt ipoteze, dar care nu au fost observate în mod direct (McKay şi Tryon, 2002).

Modele clasice care subliniau legăturile mediate dintre stimul şi răspuns şi teoretizarea ipotetico-deductivă au fost la modă până prin 1960 când au fost înlocuite cu simulări pe computer (la fel de mecanice) şi modelele de prelucrare a informaţiei din psihologia cognitivă.

De exemplu, gândirea mecanicistă aplicată în terapia comportamentală include conceptul de răspuns triplu, în care un comportament anormal este conceptualizat ca un sistem organizat în relaţii independente dintre răspunsurile cognitiv-verbale, fiziologice şi motric-comportamentale; şi simptomul-focalizat (de exemplu, problema este reprezentată de simptome, iar eliminarea sau reducerea simptomelor o rezolvă). În opoziţie cu disputele diferitelor facţiuni ar trebui remarcat şi accentuat faptul că nu există nimic în mod inerent problematic cu gândirea mecanicistă.

Gândirea mecanicist îşi are rădăcinile în primele forme de gândire comportamentaliste, mai ales în scrierile lui John B. Watson, în neo-

behaviorismul mediaţional reprezentat de Clark Hull, Edward Tolman, Edwin Guthrie, O. B. Mower, însă nu şi B. F. Skinner.

Contextualismul

Spre deosebire de mecanicism, variantele contextualismului ştiinţific (de exemplu, descriptiv, hermeneutic, funcţional) îşi au baza în metafora „acţionează în context" sau în ceea ce s-ar putea considera comportament implicit într-un context (din mediu). Unitatea de analiză este organismul ca întreg în relaţie cu încadrarea într-un context: un punct de vedere similar conceptului numit comportament analitic operand.

Contextualiştii ancorau analiza comportamentului întotdeauna în raport cu situaţia şi focalizau intervenţiile la nivelul variabilelor contextuale, care pot fi influenţate şi schimbate în mod direct (Forsyth şi Sabsevitz, 2002; McKay şi Tryon, 2002).

Formulele magice ale contextualismului, în special ale contextualismului funcţional, cel mai probabil pot fi identificate în linia terapeutică comportamentală afiliată scrierilor lui B. F. Skinner şi filosofiei sale cunoscută sub numele de behaviorism radical şi anume: analiza comportamentală aplicată şi analiza comportamentului clinic. Scopul contextualismului funcţional este dezvoltarea unui sistem organizat de concepte cu bază empirică şi reguli care să permită fenomenelor comportamentale să fie prevăzute, influenţate cu precizie şi competenţă. Predicţia şi influenţa implică obiective analitice comune: obiective care pot fi atinse atunci când sunt identificate variabilele contextuale care permit previziuni ale comportamentului ţintă şi când manipularea acestor trăsături contextuale influenţează natura şi funcţionarea comportamentului. Desigur, aripa mecanicistă a terapiei comportamentale acţionează practic similar, însă adoptă un set diferit de criterii pentru explicaţii.

V.1.2. Condiţionarea clasică

În secolul al XX-lea, cercetările lui Ivan Pavlov stimulează interesul lumii ştiinţifice prin studiile asupra învăţării asociative. Pavlov arăta că un stimul poate determina un răspuns comportamental sau o schimbare fiziologică care în mod normal nu poate fi obţinută.

În anul 1927, Pavlov formula pentru prima dată conceptul de condiţionare clasică pe baza experienţelor efectuate pe animale.

Condiţionarea clasică demonstrează că în primul rând este necesară identificarea unui stimul care solicită un răspuns reflex. Stimulul este numit stimul necondiţionat (SN), iar răspunsul evocat este numit răspuns necondiţionat (RN). După prezentarea repetată care precede imediat SN a unui stimul neutru, deci prezentarea în pereche a stimului neutru şi a SN, stimulul neutru va solicita un răspuns necondiţionat (RN). Astfel, stimulul

devine stimul condiţionat (SC) iar răspunsul la acesta poartă numele de răspuns condiţionat (RC).

În condiţionarea clasică răspunsul condiţionat se produce atunci când stimulul este similar celui condiţionat, proces denumit *stimul generalizat.* În cazul în care subiectul răspunde numai la stimulul condiţionat nu şi la alţi stimuli similari (ca şi în cazul stimulului generalizat) acesta a fost numit *stimul discriminatoriu* (McKay şi Tryon, 2002). Subiectul învaţă că alţi stimuli din categorie nu vor duce la rezultatul scontat.

V.1.3. Condiţionarea operantă

Psihologul Edward Thorndike (1874-1949) a studiat relaţia dintre acţiuni şi consecinţele acestora, astfel în 1911 a realizat studii pe animale utilizând o cutie de lemn cu o uşă care putea fi deschisă prin acţionarea unui inel. Atunci când o pisică a fost introdusă în cutie, aceasta a făcut o sumă de mişcări ineficiente (sau aleatorii) şi numai accidental a tras de inel. În mod gradual animalul a scăzut distanţa în timp dintre apucarea şi tragerea inelului pentru a scăpa. Prin urmare, comportamentul condiţionat operant sau instrumental este determinat de *consecinţe.* Consecinţa favorabilă (eliberarea) întăreşte un element particular al comportamentului (tragerea inelului) iar dacă întărirea comportamentului este discontinuă, atunci elementul comportamental va înceta gradual (extincţie). Oamenii şi animalele învaţă să opereze în / şi asupra mediului pentru a produce consecinţele dorite şi nu răspund doar în mod reflex la stimuli, proces numit de Skinner condiţionare instrumentală sau *condiţionare operantă.* Urmând cadrul experimental a lui Thorndike, Skinner studiază relaţia dintre comportament şi consecinţele acestuia ceea ce va numi ulterior *contingenţe comportamentale.*

Întărirea pozitivă

O întărire este o consecinţă a comportamentului care va duce la creşterea probabilităţii ca acel comportament să se producă în viitor. Întărirea pozitivă a unui comportament este urmată de prezentarea unui stimul dezirabil devenind astfel mult mai probabilă producerea în viitor a comportamentului întărit, acest stimul dezirabil este numit întărire pozitivă (Kazdin, 2002). De exemplu, dacă la examenul de psihologie generală un student a luat nota 10, creşte probabilitatea ca acesta să studieze pentru celelalte examene (chiar şi pentru examenul de psihologie experimentală sau metodologia cercetării).

Comportamentalismul pune în discuţie două tipuri de întăriri pozitive şi anume: *întărirea primară* care este de ordin biologic (oxigen, alimente, apă etc.) şi *întărirea secundară* numită şi întărire condiţionată, care este învăţată şi devine întărire prin asocierea cu o întărire primară. Prin urmare, simbolurile devin întăriri secundare, cele mai puternice pentru oameni fiind banii, succesul şi lauda, zâmbetul etc.

O altă raţiune pentru care comportamentul nu este întărit continuu este faptul că oamenii trăiesc diferenţiat satisfacţia, prin urmare şi întărirea va intra în aceeaşi categorie. Acest fenomen a fost numit *saţietate* (acest principiu este utilizat terapeutic). Întărirea este eficientă atunci când individul a fost deprivat de aceasta, iar la pol opus se află accesul fără limite la întărire. Există tehnici terapeutice care utilizează în mod explicit întărirea pozitivă, cele mai importante din punct de vedere terapeutic sunt: shaping-ul, principiul lui Premack, tehnica contractului şi modelarea.

Shaping-ul este o procedură prin care componentele comportamentului ţintă sunt întărite şi nu comportamentul în întregime. Fiecare segment al comportamentului va fi întărit succesiv, iar în final întregul comportament (Kazdin, 2002). Tehnica presupune formare şi este utilizată pentru accelerarea comportamentelor dificile şi complexe pentru pacient. Procesul este cumulativ în sensul că fiecare componentă plus celelalte anterioare vor fi întărite. Tehnica este utilizată în general ca parte a pachetului de tratament.

Principiul lui Premack nuanţează efectele pozitive ale întăririi; astfel un comportament are o mai mare probabilitate de producere atunci când sunt utilizate întăriri pozitive pentru un alt comportament care are o mai mică probabilitate de producere. Totuşi, ceea ce poate fi întărit la o anumită persoană nu poate fi întărit în mod necesar şi la o alta. De exemplu, o bomboană ar putea fi o întărire pozitivă pentru un copil, dar nu şi pentru un altul.

Tehnica contractului sau contractul contingenţial este un aranjament (în scris) dintre pacient şi unul sau mai mulţi oameni care specifică relaţia existentă dintre un anumit comportament şi consecinţele acestuia. Contractul menţionează direct care este comportamentul urmărit, consecinţele punerii în practică şi specifică clar contingenţele (de exemplu: „dacă X va face Q, atunci X va primi P"). Contractul specifică responsabilitatea fiecăruia dintre cei implicaţi şi formalizează planul de tratament prin minimalizarea dezacordului, structurează relaţiile dintre cei care interacţionează şi favorizează implicarea activă a pacienţilor în terapie.

Modelarea. Întărirea pozitivă este utilizată frecvent pentru creşterea probabilităţii comportamentelor deja existente în repertoriul unui individ (Kazdin, 2002). Totuşi, întărirea pozitivă este utilizată şi pentru a promova comportamente care se produc rar sau deloc. În cazul modelării, indivizii sunt întăriţi pentru aproximările succesive care ţintesc anumite comportamente. De exemplu, la dresură, animalul nu ştie de la început să execute mişcările care fac deliciul publicului, însă va învăţa pas cu pas, succesiv, prin aproximări care vor fi întărite treptat.

În situaţia în care dorim să învăţăm individul o *serie de comportamente*, o soluţie ar putea fi înlănţuirea care va spori întărirea pentru fiecare comportament din serie. O primă secvenţă de acţiuni este învăţată prin întărirea primei acţiuni din lanţ, până ce performanţele individului la toate aceste segmente este formată. Tehnica este utilizată în cazul copiilor cu retard mental în diferite circumstanţe. Există şi o variantă care urmăreşte calea

inversă adică prin întărirea ultimei secvenţe a acţiunii, prin întărirea deprinderii din finalul lanţului de acţiuni şi prin urmare performanţele individului vor creşte la toate segmentele din secvenţă.

Întărirea negativă

Întărirea negativă reprezintă un stimul a cărui retragere creşte în frecvenţă un comportament (Kazdin, 2002). Este important să notăm că atât întărirea pozitivă cât şi cea negativă sporesc probabilitatea unui comportament. Ceea ce este îndepărtat reprezintă un stimul aversiv cum ar fi distresul cauzat de anticiparea unui eveniment sau în cazul elevilor, lecturile „neinteresante". Prin urmare, învăţarea evitării stimulului aversiv va duce la îndepărtarea acestuia.

Pedeapsa

O altă cale de reducere a probabilităţii unui comportament este pedeapsa, prin intermediul căreia consecinţele unui comportament scad în probabilitatea de producere. Este important să nu confundăm pedeapsa cu întărirea negativă. Întărirea negativă se referă la îndepărtarea unui stimul aversiv. În timp ce întărirea negativă *creşte* probabilitatea unui comportament prin *îndepărtarea* uneori a stimulului indezirabil sau a consecinţelor comportamentului, pedeapsa *descreşte* probabilitatea unui comportament prin *prezenţa* consecinţei comportamentului ca fiind indezirabil (Kazdin, 2002). De exemplu, un copil care se va arde la plita unui aragaz este mai puţin probabil să atingă plita în viitor.

Pedeapsa poate fi eficace în reducerea comportamentelor indezirabile sau a celor ineficiente la copii. În primul rând, pedeapsa va trebui să survină imediat după ce comportamentul inadecvat a fost pus în practică, astfel copilul va asocia pedeapsa cu comportamentul său. În al doilea rând, pedeapsa trebuie să fie suficient de puternică pentru a stopa un comportament indezirabil însă în nici un caz excesivă (mai ales, pedeapsa să nu lezeze relaţia afectivă dintre cei implicaţi, să fie aplicată doar comportamentului). În al treilea rând, pedeapsa va trebui să fie aplicată consistent de toţi cei implicaţi pentru a reduce comportamentul indezirabil. În final este important ca atunci când comportamentul indezirabil este pedepsit să îi spunem copilului de ce să nu facă un anumit lucru. Pentru a creşte probabilitatea ca un copil să înveţe ce să facă, întărirea pozitivă a comportamentul dezirabil este esenţială.

V.1.4. Învăţarea cognitivă

Condiţionarea clasică şi condiţionarea operantă au fost explicate în mod tradiţional pe baza principiilor contiguităţii, care prevăd asocierea unor evenimente în timp şi spaţiu. Totuşi, odată cu revoluţia cognitivă în psihologie se trecea la studiul factorilor cognitivi în condiţionarea clasică şi cea operantă, cum ar fi învăţare prin observaţie (ignorată în cercetările asupra învăţării).

În 1932, primul psiholog care a accentuat distincţia dintre învăţare şi performanţă a fost Edward Tolman, care arăta că învăţarea se poate produce fără întărirea imediată a fiecărei acţiuni, proces numit *învăţare latentă.* În cazul acesteia, *învăţarea* nu este imediat revelată în performanţe, dar este revelată mai târziu când întărirea este o condiţie pentru performanţă.

V.1.5. Învăţarea prin observaţie

După 1960, cercetarea asupra învăţării latente a stimulat interesul oamenilor de ştiinţă asupra *învăţării prin observaţie,* care arăta că oamenii învaţă un comportament prin observarea performanţelor altora (numite adesea modele). Învăţarea prin observaţie este importantă atât la oameni cât şi la animale existând într-o diversitate de situaţii, începând de timpuriu în viaţă. Chiar şi deprinderile sociale, dezvoltarea personală şi obişnuinţa de a consuma alcool sunt afectate de observarea modelelor.

Comportamentul social este învăţat în primul rând prin observare directă şi prin procesarea informaţiei. Strickland (2001) identifica patru factori: în primul rând este necesară acordarea *atenţiei* acţiunii modelelor; în al doilea rând este necesară *reamintirea* acţiunii modelelor; în al treilea rând este necesară *abilitatea* de a produce anumite acţiuni şi în al patrulea rând este necesară *motivaţia* de a efectua acţiunea.

Învăţarea prin observaţie poate promova comportamente dezirabile sau indezirabile. Bandura demonstra în 1965 influenţa învăţării prin observaţie asupra agresivităţii copiilor. Aceste studii au contribuit la orientarea atenţiei asupra efectelor televiziunii şi ale filmelor asupra copiilor.

Procedurile fundamentale utilizate pentru învăţarea comportamentelor verbale şi motorii observabile ale deprinderilor sociale sunt reprezentate de modelare, repetare, antrenament şi feedback.

V.2. FORMAREA TULBURĂRILOR PSIHICE ŞI MODELUL A.B.C. DE INTERVENŢIE

Punctul de vedere comportamentalist asupra comportamentului anormal este bazat pe ideea că experienţa de viaţă dă naştere unui comportament normal şi unei serii de adaptări a funcţionării la fel cum experienţa de viaţă poate produce comportamentul dezadaptativ şi suferinţă. Explicarea comportamentului „normal" şi a celui „dezadaptativ" în sens absolut este oarecum contrară opiniei conceptuale a celor autointitulaţi terapeuţi comportamentalişti.

Anormalitatea este mai mult decât o constelaţie de simptome (aşa cum este subliniat în D.S.M.); anormalitatea reflectă, la bază, procese de învăţare care sunt fie excesive fie în deficit şi interferenţe cu abilitatea unei persoane de a trăi din plin viaţa.

Terapia comportamentală, prin urmare poate fi privită ca mijloc de a construi şi deprinde repertorii mai adaptative şi să destabilizeze comportamentul problematic – relaţiile cu mediul care contribuie la suferinţa în curs de desfăşurare.

Wolpe în 1958 (Kazdin, 1994; Richard şi Haynes, 2002) sugerează o ipoteză a nevrozei în termenii principiilor învăţării utilizând conceptul de *stimulus control* (comportament controlat de o anumită categorie de stimuli). Wolpe încorporează principiile învăţării în tratamentul tulburărilor emoţionale. Tehnica a fost numită desensibilizare sistematică şi este utilizată adesea în tratamentul fobiilor şi al tulburărilor obsesiv-compulsive. Psihologi de seamă, cum ar fi H. Eysenck, J. Rachman, I. Marks şi M. Gelder au devenit interesaţi de terapia comportamentală jucând un rol determinant în dezvoltarea şi aplicaţia sistematică a terapiei comportamentale.

Terapia comportamentală poate fi definită în concepţia lui Kazdin (1994) prin următoarele aspecte:

1. comportamentul poate fi definit ca răspuns al individului la stimuli interni şi externi;
2. perturbarea comportamentului reprezentând dezadaptarea (în plan afectiv, cognitiv, motor etc.) este o consecinţă a unei învăţări neeficiente;
3. psihoterapia comportamentală foloseşte legile învăţării într-o situaţie experimentală, astfel încât comportamentul dezadaptativ poate fi înlocuit cu unul eficient, adaptativ.

Pot fi considerate drept elementele caracteristice ale psihoterapiei comportamentale:

- centrarea asupra comportamentului inadecvat, considerat simptom;
- scopul terapiei constă în modificarea comportamentului inadecvat;
- scopul / obiectivul terapiei se stabileşte în contractul terapeutic;
- terapia se desfăşoară în prezent, aici şi acum, nu se acordă atenţie sporită cauzalităţii profunde care a generat simptomul;
- fazele terapiei: delimitarea unor aspecte ale comportamentului inadecvat (când a apărut, în ce împrejurare, cum anume şi în ce situaţii continuă să apară); delimitarea simptomelor „ţintă" şi a scopurilor terapiei; alegerea unei tehnici psihoterapeutice sau a câtorva, stabilirea unui program;
- evaluarea rezultatelor în consonanţă cu stadiul anterior al terapiei;
- schimbarea comportamentului în procesul psihoterapeutic este urmărită mai ales sub aspect relaţional.

Psihoterapia comportamentală are la bază ideea conform căreia comportamentul dezadaptativ este rezultatul unei învăţări inadecvate (McKay şi Tryon, 2002); acest comportament este corectat printr-un alt proces de învăţare, în cadrul unor experienţe adecvate. În mod practic, ceea ce se schimbă prin psihoterapia comportamentală nu este numai simptomul delimitat ca atare, ci întregul comportament în care simptomul se integrează.

Terapia fiind fundamentată pe principiile învăţării nu cercetează conflictele inconştiente comparativ cu terapiile psihodinamice care încurajează

pacienţii în această direcţie. În cazul intervenţiei comportamentale focalizate, pacientul este încurajat sistematic să-şi dezvolte o percepţie acurată a propriilor emoţii şi a sinelui asemănător terapiilor umaniste. Insight-ul şi conştientizarea nu sunt catalogate drept soluţii eficiente în sprijinirea indivizilor în direcţia dezvoltării unor pattern-uri comportamentale adaptative. Terapiile care vizează pătrunderea în adâncime cum ar fi cele psihodinamice şi umaniste, consideră simptomele ca fiind semne ale problemelor interne şi fundamentale. Terapeuţii comportamentalişti, totuşi, consideră că în mod vădit simptomele sunt problema. De exemplu, pacienţii pot deveni conştienţi *de ce* ei sunt depresivi. Ca urmare a creşterii insidioase în popularitate a teoriei învăţării sociale şi a abordării cognitive (care au devenit predominante în psihologie), terapia comportamentală include din ce în ce mai mult factori cognitivi în propria abordare.

Teoria învăţării. Toate comportamentele umane atât cele normale cât şi cele patologice (anormale) sunt determinate de învăţare, fie prin condiţionare clasică fie prin condiţionarea operantă. Simptomele sunt văzute ca fiind elemente ale comportamentului care decurg direct din deficienţele învăţării. Tulburarea înlănţuirii stimul–răspuns (S-R) conduce adesea la răspunsuri inadecvate la stimuli neutri, desigur fiind întreţinută prin intermediul consecinţelor. Între oameni există diferenţe în ceea ce priveşte condiţionabilitatea manifestată prin creşterea labilităţii simpatice (sistemul nervos simpatic) şi o creştere a arousal-ului. Prin urmare, comportamentul dezadaptativ poate fi alterat prin intermediul dezvăţării.

Teoria cognitivă. Insatisfacţia creată de explicaţia comportamentalistă stimul-răspuns a condus spre o abordare eclectică a comportamentului uman. Terapia comportamentală tradiţională ignora după cum am văzut conceptele mediatoare interne, astfel abordarea cognitivă fundamentală subliniază rolul cauzal al cogniţiilor în producerea şi menţinerea comportamentului anormal (McKay şi Tryon, 2002). În situaţii de stres este important felul în care fiecare individ percepe stimulii externi şi mai puţin influenţa directă a mediului. Modificarea acestor supoziţii şi percepţii poate sprijini alterarea comportamentului dezadaptativ.

Adaptare versus inadaptare. Pattern-ul comportamental care devine predominant într-o societate determină normele. Acel comportament care violează normele este socotit patologic şi etichetat cu promptitudine ca fiind deviant şi dezadaptativ. Spre exemplu, persoanele anxioase prezintă probleme legate de adaptare în sectoare importante ale vieţii cum ar fi cel social, interpersonal, sexual, munca şi activităţile recreative. Prin contrast, persoanele adaptate prezintă competenţe în aceste sectoare care vor conduce la întăriri sociale pozitive.

Pasivitate-evitare versus afirmare. Persoanele care au tendinţa de a se retrage în mod repetat din faţa situaţiilor mai puţin confortabile vor admite relaţia dintre propriile acţiuni şi circumstanţele mediului care sunt supuse schimbării. Persoanele care manipulează eficient mediul vor reuşi să obţină

răspunsuri favorabile care conduc spre o rată înaltă a întăririlor pozitive (Seligman, 2004).

Neajutorarea învăţată versus autoeficacitatea. Comportamentul unui individ este un index al percepţiei autoeficacităţii sau a propriei competenţe (Bandura, Blanchard şi Ritter, 1969; Bandura, 1986, 2000). Indivizii adaptaţi se percep pe ei înşişi ca având abilitatea de a se ajusta stresului cotidian şi la acelaşi nivel situaţiilor percepute ca fiind ameninţătoare. Indivizii neajutoraţi (care au învăţat neajutorarea) percep propriile răspunsuri ca fiind inutile ceea ce va conduce spre eşec în iniţierea răspunsurilor de ajustare (Seligman, Abramson, Semmel şi von Baeyer, 1979; Seligman, Peterson şi Maier, 1993). În acest caz persoana îşi va percepe lipsa unor competenţe personale.

O mare diversitate de cauze pot conduce în final la acelaşi rezultat. Este ştiut faptul că depresia spre exemplu, poate fi cauzată de un număr important de factori incluzând predispoziţia biologică, disfuncţii endocrine sau evenimente de viaţă care depăşesc experienţa comună. Aceşti factori vor interacţiona şi vor complica felul în care se va produce tulburarea.

Tulburările de comportament nu pot fi explicate prin prisma unui factor etiologic specific chiar dacă tulburarea de comportament poate fi rezultatul unui şir de interacţiuni a mai multor factori.

Predispoziţia de a trăi frica sau anxietatea în direcţii specifice şi de a reacţiona la acestea prin pattern-uri predictibile de comportament sunt în parte determinate inerent de factori de ordin biologic. Factorii socio-culturali au de asemenea o importanţă deosebită.

Învăţarea vicariantă contribuie şi ea la formarea comportamentelor disfuncţionale, astfel copiii observă comportamentul părinţilor cu disfuncţii şi utilizează aceste modele în comportamentele lor viitoare, ceea ce este în opoziţie directă cu modelul genetic. Toate formele de comportament pot fi văzute pe un continuum, la o extremă a acestuia fiind comportamentul aberant sau anormal, prin urmare diferenţierea fiind mai degrabă cantitativă decât calitativă. Variaţia ar putea avea origini genetice sau constituţionale sau mijlocită de deficienţele de învăţare.

V.2.1. Modelul A.B.C.

Conform modelului întreaga gamă de comportamente a unei persoane (atât cele observabile cât şi cele ascunse) este determinată de *evenimente existente în prezent* (şi nu în trecut) ce circumscriu realizarea acestora. Astfel, în teoria comportamentală se consideră că deşi un comportament a fost dobândit în trecut în conformitate cu legile învăţării (adică prin condiţionare clasică şi operantă) acesta este menţinut în prezent de o serie de *condiţii de menţinere*. Se diferenţiază deci între condiţiile de achiziţionare a unui comportament (aflate în trecut) şi cele de menţinere (aflate în prezent). Concret, aceste condiţii se referă la *antecedentele* şi *consecinţele* unui comportament.

Antecedentele reprezintă evenimente ce apar (sau sunt prezente) *înaintea* manifestării comportamentului şi constituie premisele desfăşurării acestuia. Consecinţele reprezintă evenimente ce apar *după* realizarea comportamentului şi care influenţează probabilitatea apariţiei acestuia în viitor.

Modelul A.B.C. reprezintă o descriere a secvenţei temporale ale antecedentelor (notate cu A), comportamentului (notat cu B) şi consecinţelor (notate cu C). Antecedentele şi consecinţele specifice comportamentului acţionează diferit asupra acestuia rezultând menţinerea lui (vezi: fig. V.1).

Antecedentele constituie premisele necesare desfăşurării comportamentului. În general, antecedentele pot fi împărţite în două categorii: (a) *stimuli* sau *semnale* ce indică faptul că timpul, locul şi circumstanţele generale sunt adecvate pentru realizarea unui anumit comportament; (b) *prerechizitele necesare* pentru desfăşurarea comportamentului (cunoştinţe, deprinderi, diferite tipuri de resurse ş.a.m.d.).

Consecinţele constituie totalitatea evenimentelor ce apar ulterior şi ca rezultat al comportamentului manifestat. Astfel, în categoria consecinţelor sunt incluse repercusiunile comportamentului asupra persoanei care a executat comportamentul respectiv, asupra celorlalte persoane din jur precum şi asupra mediului fizic. În ansamblu, consecinţele sunt împărţite în: (a) imediate, atunci când acestea apar la scurt timp după comportament; (b) întârziate (sau amânate), atunci când acestea apar după o perioadă de timp de la manifestarea comportamentului.

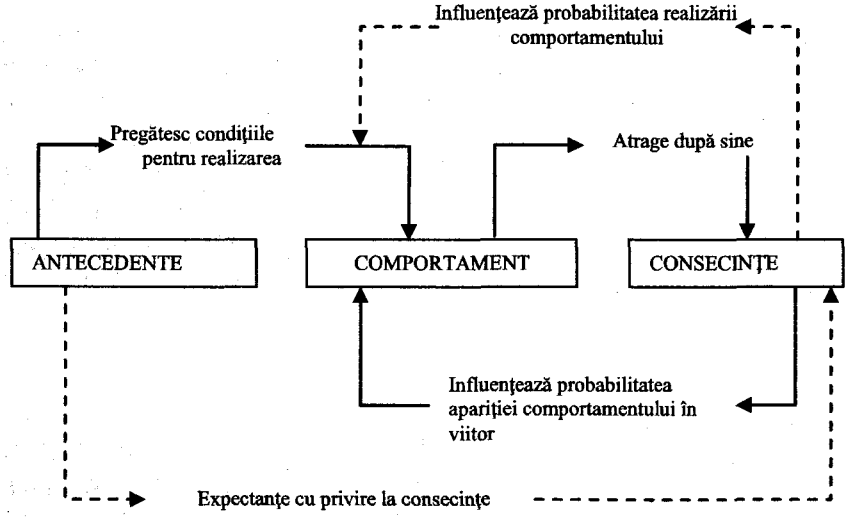


Fig. V.1. Modelul A.B.C. (adaptat după Spiegler şi Guevremont, 2002)

Consecinţele specifice ale unui comportament influenţează direct probabilitatea de apariţie în viitor al acestuia. *Consecinţele favorabile* cresc şansele reapariţiei în viitor a comportamentului respectiv sau a unuia similar –

prin urmare acestea au fost denumite *întăriri. Consecinţele nefavorabile* scad şansele reapariţiei în viitor a comportamentului respectiv sau a unuia similar – prin urmare acestea au fost denumite *pedepse*. Această influenţă este posibilă deoarece perceperea consecinţelor de către om duce la formarea, în mintea acestuia, a *expectanţelor* cu privire la consecinţe viitoare. Prin urmare, aceste aşteptări devin parte componentă a antecedentelor comportamentului ce semnalează măsura în care condiţiile sunt adecvate declanşării secvenţei comportamentale. În concluzie, orice consecinţă favorabilă (întărire) sau nefavorabilă (pedeapsă) a unui comportament manifestat în prezent va deveni parte a antecedentelor pentru desfăşurarea în viitor a comportamentului respectiv sau a unor comportamente similare.

Principiile modelului A.B.C. sunt susţinute de rezultatele unor cercetări din domeniul neurofiziologiei care au descoperit un mecanism neuronal ce stă la baza întăririi (Carlson, 2005). S-a constat că prezenţa unei consecinţe favorabile determină descărcări masive a unei substanţe neurotransmiţătoare numită dopamină la nivelul unor reţele neuronale corticale. Activitatea acestor reţele (prin eliberarea dopaminei) implică trăirea la nivel subiectiv a senzaţiei de plăcere. Astfel, orice consecinţă capabilă să determine descărcări de dopamină va duce la creşterea probabilităţii apariţiei comportamentului care a generat consecinţa respectivă.

În consecinţă, întărirea unui comportament implică faptul că vor creşte şansele ca omul să manifeste comportamentele a căror consecinţă a implicat descărcarea de dopamină la nivel cortical. Antecedente reprezintă deci elementele care semnalează posibilitatea (când, unde şi cum) manifestării comportamentelor care vor avea ca şi consecinţă descărcarea dopaminei.

V.3. OBIECTIVE ALE TERAPIEI COMPORTAMENTALE

Psihoterapia comportamentală este alcătuită dintr-o serie de metode şi tehnici care vizează schimbarea comportamentului. Punctul central al intervenţiei este comportamentul observabil fără să încerce să descopere prelucrările inconştiente. Terapia comportamentală aşa cum am văzut pană acum este directivă, orientată spre problemă, structurată, cu o durată limitată în timp şi fundamentată empiric.

Problemele abordate ar putea fi comportamente în deficit (deficite ale deprinderilor sociale, evitarea fobică, disfuncţii erectile etc.) sau în exces (devianţa sexuală, ritualuri de ordin compulsiv, tulburări de adaptare etc.) care conduc frecvent spre dificultăţi severe.

Obiectivul primar al terapiei comportamentale este alterarea acelui comportament care restricţionează pacientul în activităţile sale cotidiene îmbunătăţind astfel calitatea vieţii; ulterior în programul de tratament şi alte sectoare ale vieţii pacientului pot deveni puncte de lucru în procesul terapeutic. Terapia nu urmăreşte ţinte dificil de atins, cum ar fi eliminarea

totală a anxietății - firește imposibil. Mai degrabă, pacientul va învăța o nouă modalitate de a face față situațiilor care conduc spre anxietate.

Comportamentul este determinat de antecedente (cum ar fi stimuli externi sau stimuli interni, prelucrări informaționale) și este menținut de consecințele sale (întăriri pozitive sau negative și pedepse). Pentru a schimba un comportament sunt necesare manipulări ale antecedentelor și consecințelor acelui comportament. Prin urmare, comportamentul este determinat de prelucrări informaționale amorsate de stimuli externi sau interni și este susținut de consecințele sale (Kazdin, 1994; Richard și Haynes, 2002).

Accelerarea și decelerarea comportamentului. Accelerarea țintește acele comportamente care este important să fie sporite, frecvent aceste comportamente sunt în deficit (pot fi măsurate prin frecvență, intensitate și durata cu care apar), iar decelerarea urmărește acele comportamente care trebuie reduse și care sunt în exces, adesea fiind maladaptative (intensitatea, frecvența și durata sunt de asemenea înregistrate). Tehnicile terapiei comportamentale sunt utilizate pentru a spori comportamentele țintă frontal.

V.4. RELAȚIA TERAPEUTICĂ

În etapa de debut a terapiei comportamentale domeniul a fost împărțit de psihologi și de medici, însă, în prezent alți profesioniști în sănătatea mintală inclusiv consilierii sunt specializați în terapia comportamentală și tratează cu un real succes un număr important de suferințe umane (McKay și Tryon, 2002). Necesitatea unui înalt grad de specializare a terapeutului variază de la pacient la pacient, astfel în unele cazuri este suficientă evaluarea și instrucția, în timp ce în alte cazuri sunt solicitate intervenții cum ar fi modelarea, ghidarea, asistarea etc.

Terapia comportamentală presupune aplicarea tehnicilor de intervenție comportamentale, singurele responsabile de schimbările viitoare. Prin urmare, în acest caz nu putem discuta doar de un simplu dialog între terapeut și pacient. Analizele detaliate ale comportamentului numai dacă pot fi specificate prin termeni cuantificabili și tehnici validate empiric sunt aplicate acestora.

Relația terapeutică este văzută în ultimele decenii ca fiind o componentă esențială a procesului terapeutic. O bună relație terapeutică este avantajoasă din mai multe rațiuni:

- pacientul și terapeutul este necesar să stabilească obiectivele intervenției, adică un acord clar;
- previne recăderea sau cel puțin în fazele incipiente atunci când disconfortul este adesea pronunțat;
- stimulează cooperarea și va conduce spre creșterea complianței la tratament.

Ca și în cazul oricărei alte interacțiuni terapeutice, empatia terapeutului este bine venită și nu un comportament distant. Terapeutul în

această abordare este directiv, pattern-ul comportamentului vizat şi măsurarea ritmului de schimbare prin tratament sunt componente de mare importanţă. Terapeuţii comportamentalişti eficienţi combină calităţi cum ar fi empatia, flexibilitatea şi directivitatea.

V.5. STRATEGII TERAPEUTICE ŞI TEHNICI DE LUCRU

V.5.1. Analiza comportamentului

Terapeutul comportamentalist, în primul rând, construieşte o imagine amănunţită a problemei şi ulterior formulează strategia terapeutică specifică pacientului. Aceasta implică obţinerea unor informaţii concrete în legătură cu natura, predictibilitatea şi impactul problemei.

Natura problemei este necesar să fie stabilită cât mai amănunţit fiind implicate mai multe componente. Este important să se determine natura situaţiilor care provoacă frică, fiecare dintre aceste situaţii va fi raportată la gradul de distres stârnit fiind posibilă astfel o ierarhizare a fricii în situaţiile evocate. Consecinţele sunt de asemenea evaluate, este important ca terapeutul să cunoască dacă acestea sunt imediat evidente sau dacă apar după o anumită perioadă de timp (Ehrlich şi Kratochwill, 2002; Richard şi Haynes, 2002).

Primul episod se cere adesea să fie relatat cât mai acurat, astfel se obţin informaţii despre problemele întâmpinate în relaţiile interpersonale sau despre evenimente de viaţă care nu de puţine ori preced debutul problemei curente. Cursul unei anumite disfuncţii nu este liniar, la fel nici debutul, existând fluctuaţii şi diferenţe mari interpacienţi de la remisii spontane (temporare) până la exacerbare.

Predictibilitatea include frecvenţa, durata, severitatea precum şi acele caracteristici situaţionale ale episoadelor vizate.

Impactul problemei cu care se confruntă pacientul şi felul în care îi afectează stilul de viaţă, munca, petrecerea timpului liber, membrii familiei este de asemenea important. Astfel, terapeutul îşi va forma o imagine inteligibilă în legătură cu problema pacientului şi zona de influenţă a acesteia. Deci, strategiile terapeutice comportamentale utilizate într-un anumit moment sunt dependente de felul în care este prezentată problema (Kazdin, 2002; Richard şi Haynes, 2002).

V.5.2. Condiţionarea clasică - tehnici

Dacă frica poate fi dobândită prin condiţionare atunci există posibilitatea ca ea să fie „dezvăţată" sau să fie formate alte condiţionări concurente. Dacă un individ a învăţat frica de şerpi, şobolani, spaţii închise sau de înălţime direct prin condiţionare clasică atunci comportamentul

individului va putea fi schimbat prin învăţarea unor noi comportamente opuse, prin urmare se va atenua această frică manifestă.

Flooding (inhibiţia de stingere)

Componenta centrală în realizarea reducerii anxietăţii este aceea că stimulul care „solicită" reacţia de frică să fie expus acelei situaţii şi disconfortul îndurat (ca rezultat) până la diminuare. Tehnica impune expunerea in vivo şi numai ocazional expunerea in vitro sau prin intermediul casetelor audio, CD, MP3, MP4 etc.

Tratamentul prin expunere este pus în practică prin însoţirea pacientului în situaţia fobică sau prin autoexpunere, situaţie în care pacientul face faţă singur situaţiei. Expunerea în practica clinică poate varia de la o sarcină simplă în unele cazuri până la o sarcină complexă în altele.

Disconfortul resimţit de pacient ar putea fi pronunţat în primele etape ale tratamentului precum şi tendinţa de a evita acea situaţie (manifestată verbal şi comportamental), dar progresul gradat din cursul tratamentului va determina scăderea nivelului de anxietate, iar situaţiile care anterior au fost evitate vor putea fi abordate cu mai puţin disconfort. Între şedinţe terapeutul solicită pacientului exersarea unor activităţi de expunere în mediul său de viaţă de minimum două ore zilnic (prescripţii comportamentale), care vor fi înregistrate într-un jurnal sau agendă (Ehrlich şi Kratochwill, 2002).

În cazul fobiilor şi al hipocondriei este importantă reasigurarea comportamentului din partea terapeutului, pacienţii solicitând adesea şi examinări medicale şi controlul tensiunii arteriale. Prin urmare este necesar ca medicul de familie să fie informat în legătură cu tratamentul.

Comportamentalismul afirmă că repetarea unui comportament nu duce la întărire ci la stingerea răspunsului sau a reacţiei respective. Principiul în sine nu duce la negarea mecanismelor de formare a condiţionării ci explică stingerea unei condiţionări. Aceasta se poate obţine prin creşterea frecvenţei stimulului care va duce la inhibiţia de protecţie, exprimată în plan clinic prin suprasaturaţie şi opoziţie faţă de hipercondiţionare. Astfel, se obţine un răspuns invers, negativ (faţă de cel primar, condiţionat) dar mai puternic însă decât primul pe care îl anulează.

Conform acestor postulate simptomele anxietăţii sunt comportamente formate prin condiţionare, iar intervenţia trebuie să instituie un nou comportament, care va suprima aceste reflexe.

Desensibilizarea sistematică

Simptomul ca răspuns condiţionat impune crearea unui nou răspuns condiţionat incompatibil cu primul şi desigur adaptativ pentru pacient. Prin prezenţa răspunsului opus şi adaptativ, răspunsul patologic va scădea în frecvenţă până la dispariţie deci, inhibiţie reciprocă. Treaptă cu treaptă se va ajunge la decondiţionare faţă de răspunsul dezadaptativ (McKay şi Tryon, 2002).

Metoda desensibilizării este utilă atunci când simptomul manifest este însoţit de o stare de anxietate, dobândindu-se în mod progresiv toleranţă la situaţii anxiogene.

Desensibilizarea sistematică tratează anxietatea prin asocierea unei relaxări profunde cu o vizualizare din ce în ce mai intensă a situaţiei producătoare de anxietate. Tehnica se bazează pe condiţionare fiind promovată de Wolpe în 1953 (*apud* Strickland, 2001). Să luăm drept exemplu frica de a vorbi în public. Utilizând desensibilizarea sistematică, terapeutul comportamentalist în primul rând va întreba pacientul care sunt aspectele situaţiei care îi creează frică sau sunt anxiogene (desigur aceste situaţii sunt legate de frica de a vorbi în faţa altor oameni), apoi care sunt situaţiile cel mai puţin anxiogene precum şi care sunt cele mai anxiogene. Terapeutul împreună cu pacientul vor aranja aceste circumstanţe în ordine ierarhică de la cele mai anxiogene spre cele în care pacientul nu resimte efectele fricii. În tabelul următor prezentăm o ierarhizare orientativă a situaţiilor în desensibilizare.

Următorul pas constă în învăţarea pacientului să se relaxeze (spre exemplu, relaxarea progresivă). Pacienţii sunt învăţaţi să recunoască prezenţa contracţiilor musculare sau a tensiunii în diverse părţi ale corpului şi felul în care se deosebesc relaxarea şi încordarea musculară. Îndată ce indivizii sunt relaxaţi terapeutul solicită imaginarea unei situaţii puţin anxiogene din ierarhie (vezi: tabelul V.1). Ulterior terapeutul va prezenta itemi care fac parte din listă, superiori primului şi din ce în ce mai anxiogeni în timp ce pacientul va rămâne relaxat. În această manieră pacienţii învaţă să se relaxeze în timp ce se vor gândi la ceea ce vor spune în loc să se concentreze asupra sentimentelor anxiogene.

Tabelul V.1. Ierarhizarea situaţiilor anxiogene în cadrul desensibilizării

1. În prelucrarea răspunsurilor pe foaia de examen
2. Foaia de examen stă în faţa mea cu partea albă înspre mine
3. Aştept distribuirea foilor de examen
4. Înaintea uşii închise a sălii de examen
5. Pe drum spre amfiteatru în ziua unui examen
6. Seara înaintea unui examen
7. O zi înaintea unui examen
8. Două zile înaintea unui examen
9. Trei zile înaintea unui examen
10. Patru zile înaintea unui examen
11. Cinci zile înaintea unui examen
12. O săptămână înaintea unui examen
13. Două săptămâni înaintea unui examen
14. O lună de zile înainte de un examen

Cercetările au demonstrat că desensibilizarea sistematică este adesea cel mai eficient tratament în cazul fobiilor, cum ar fi: frica de a vorbi în public, frica de înălţime, frica de a zbura cu avionul, de câini sau de şerpi etc.

Actele compulsive care sunt răspunsuri condiţionate de evitare pot fi abordate prin acest tratament. De exemplu, după manifestarea automată a comportamentului, pacientul trebuie să-l reproducă voluntar de cât mai multe ori, dezvoltându-se astfel o reacţie de dezgust condiţionat.

Tehnica expunerii

În esenţă tehnica expunerii in vivo este o variantă a desensibilizării sistematice care presupune expunerea la situaţii curente anxiogene. Relaxarea musculară progresivă este adesea utilizată ca „competitor" al anxietăţii. Relaxarea musculară totală nu este posibilă, totuşi pacienţii pot tensiona unele grupe de muşchi esenţiale pentru punerea în practică a comportamentelor prescrise şi nu mai mult, procedură numită relaxare diferenţiată. Tehnica expunerii in vivo este o procedură multilaterală care poate fi aplicată unei game largi de tulburări de anxietate (McKay şi Tryon, 2002).

Una dintre cele mai importante limite ale acestei tehnici constă în incapacitatea unor pacienţi de a tolera situaţia ameninţătoare actuală.

Tehnica implozivă

Presupune repetarea excesivă a excitantului condiţionat care va duce la un răspuns negativ; astfel are loc o inhibiţie condiţionată faţă de răspunsul care devenise simptom.

Anxietatea va fi diminuată printr-un mecanism natural de protecţie a sistemului nervos faţă de stimuli (excitanţi) cu intensitate mare.

Condiţionarea aversivă

Prin metoda aversiunii condiţionate reacţia pe care dorim să o condiţionăm reprezintă un stimul punitiv; căutăm să extindem intervalul dintre stimul şi apariţia răspunsului punitiv. În acest interval se doreşte dezvoltarea unei aversiuni şi reacţii de respingere faţă de comportamentul dezadaptativ. De exemplu, în cazul enurezisului se poate utiliza un sunet de intensitate medie (sonerie, clopoţel).

Condiţionarea aversivă implică repetarea în diadă a comportamentului indezirabil asociat cu stimuli aversivi pentru a descreşte comportamentul indezirabil, pedepsit şi prin urmare individul va stopa această acţiune. Această tehnică se bazează de asemenea pe condiţionarea clasică. Condiţionarea aversivă este utilizată pentru a învăţa oamenii să evite comportamente cum ar fi fumatul, consumul abuziv de alcool sau de alimente. Electroşocul, insultele verbale sau greaţa indusă de substanţe sunt doar o parte dintre stimulii dăunători utilizaţi în condiţionarea aversivă.

Cum poate fi utilizată condiţionarea aversivă pentru a reduce consumul de alcool a unei persoane? Ori de câte ori persoana va consuma

băutura preferată pacientul va consuma de asemenea o „mixtură" care va induce starea de greaţă. În terminologia condiţionării clasice, băutura preferată este stimulul condiţionat, iar agentul care va induce starea de greaţă (vomă chiar) este stimulul necondiţionat. Prin repetare în pereche, alcool cu agent inductor de greaţă, alcoolul devine stimul condiţionat care provoacă greaţă, deci răspuns condiţionat. Ca o consecinţă, alcoolul nu pentru mult timp este asociat cu ceva plăcut, însă în cele din urmă cu ceva foarte neplăcut.

V.5.3. Extincţia şi reluarea spontană a comportamentului

Comportamentele învăţate prin condiţionare operantă sunt supuse extincţiei. Una dintre aplicaţiile extincţiei este tehnica *time-out,* utilizată frecvent în cazul copiilor cu retard mental sau care prezintă tulburări emoţionale ori de comportament. Astfel, copilul este exclus din situaţia în care acesta primea întăriri pozitive într-o cameră unde nu poate beneficia de aceste întăriri (de exemplu, „la colţ" sau într-o cameră a „tăcerii" etc.). Succesul tehnicii depinde de următorii factori: în primul rând, durata excluderii trebuie să fie scurtă (copilul fiind astfel conştient de relaţia dintre comportament şi consecinţe). În mod obişnuit 5 minute sau chiar mai puţin fiind suficiente. În al doilea rând, condiţiile efective ale excluderii precum şi faptul că nu este o întărire vor fi introduse în perioada de excludere. În al treilea rând, excluderea se va finaliza doar atunci când timpul alocat excluderii s-a scurs iar comportamentul copilului este unul acceptabil. În al patrulea rând, tehnica nu va permite evadarea sau evitarea din situaţia neplăcută fiind astfel inclusă în mod implicit responsabilitatea. Tehnica este eficientă în reducerea comportamentelor aberante într-o varietate de cadre, inclusiv în cadrul spitalului de psihiatrie infantilă.

Comportamentul care a fost subiect al extincţiei ar putea prezenta o revenire spontană sau reapărând după o perioadă de timp.

Supracorecţia

Tehnica urmăreşte decelerarea comportamentului maladaptativ, pacientul fiind necesar să-şi corecteze propriile acţiuni precum şi să intensifice practica unui comportament alternativ, potrivit acelei situaţii (Kazdin, 1994; Plante, 2005). Supracorecţia presupune repararea şi practica pozitivă prin care aplicaţia comportamentului adaptativ este exagerată. Tehnica este eficace în decelerarea comportamentelor dezadaptative, în special în cazul abuzurilor, a tacticilor de disciplinare etc.

Modificarea comportamentală

Modificarea comportamentală este o aplicaţie a principiilor condiţionării operante pentru a schimba comportamentul uman; obiectivul principal este înlocuirea răspunsurilor inacceptabile cu unele acceptabile şi adaptative. Consecinţele comportamentului care demonstrează şi garantează a

fi acţiuni acceptabile sunt întărite, iar cele inacceptabile nu. Adepţii modificării comportamentale cred că cele mai multe probleme emoţionale şi comportamentale sunt cauzate de consecinţele răspunsurilor inadecvate (Davison şi Neale, 1994).

„Plata" simbolică este un sistem de modificare a comportamentului în care comportamentele sunt întărite prin simboluri (cum ar fi jetoanele) care ulterior pot fi schimbate pentru premiul dorit (cum ar fi bomboane, bani, bilete la film, CD-uri etc.). Eficacitatea economiei simbolice a fost demonstrată în timp, în şcoli (clase), centre pentru retardaţi mental, la delicvenţi minori sau în spitale la schizofrenici.

În unele cazuri modificarea comportamentală este funcţională în timp ce în altele nu. O persoană ar putea deveni atât de *devotată* simbolului încât atunci când acesta este îndepărtat, comportamentul pozitiv asociat cu simbolul ar putea să dispară. Pe de altă parte persoana ar putea continua punerea în practică a comportamentului pozitiv şi după ce simbolul a fost retras. Unele obiecţii critice la adresa modificărilor comportamentale se datorează în mare măsură credinţei că un control extensiv asupra comportamentului altei persoane nu este etic şi încalcă drepturile omului.

Terapeuţii pot instrui părinţii în legătură cu felul în care pot utiliza *întăririle pozitive*, *extincţia* (cum ar fi, perioade scurte de timp de excludere pentru comportamente nepotrivite) şi *pedepsele* (cum ar fi, retragerea unui privilegiu pentru un comportament necorespunzător) pentru a scădea în frecvenţă comportamentele problematice ale copiilor.

Terapeuţii comportamentalişti nu includ procesele cognitive în strategia proprie de modificare a comportamentului persoanelor cu probleme. După cum vom vedea în secţiunea următoare, terapia comportamental-cognitivă acordă proceselor gândirii un rol mult mai important.

V.5.4. Comportamente apetitive

Automonitorizarea şi autoreglarea implică utilizarea unui jurnal şi înregistrarea semnelor interne şi a celor externe ale comportamentului dezadaptativ. Pacientul împreună cu terapeutul vor examina circumstanţele particulare în care acesta se produce. Înlocuirea printr-un comportament adaptativ va fi pusă în practică prin prescrierea acestuia la intervale precise împreună cu măsurarea stimului controlat.

Acest tip de intervenţie este utilizată frecvent în cazul alimentaţiei compulsive şi al bulimiei. Terapeuţii comportamentalişti prescriu adesea: consumarea alimentelor într-o singură cameră; limitarea consumului de alimente „periculoase" (cum ar fi dulciurile); întocmirea unei liste şi cumpărarea numai a acelor alimente care sunt pe acea listă etc.

Terapia aversivă în cazul deviaţiilor sexuale presupune utilizarea în diadă a stimului aversiv (cum ar fi electroşocul sau vomitive) cu imaginarea actului deviant sau real. Prezentarea repetată a acestor diade reduce extincţia

problemei. O altă tehnică este cea a *saţietăţii* care presupune repetarea practică a comportamentului până când pacientul devine suprasaturat de acesta.

V.5.5. Modelarea

Modelarea, reprezintă procesul prin care o persoană învaţă prin observarea comportamentului, atitudinii sau răspunsului emoţional al unei alte persoane. Modelarea poate să apară, neintenţionat, fără a fi planificată în prealabil, iar comportamentele învăţate nu sunt întotdeauna cele care ne dorim să fie învăţate. Modelul poate fi observat direct sau indirect (numit şi model simbolic care poate fi observat la televizor, în cărţi, povestiri etc.). Observarea unui model furnizează cel puţin două elemente informaţionale: 1. ceea ce face modelul şi 2. ce se petrece cu modelul ca rezultat al acţiunii modelelor.

Consecinţele comportamentului modelator (consecinţe vicariante) sunt importante prin faptul că acestea indică observatorului un set de consecinţe care ar putea fi acceptate prin imitarea comportamentului. Întărirea vicariantă se produce atunci când consecinţele comportamentului modelului sporesc probabilitatea ca observatorul să-l imite, pe de altă parte pedeapsa vicariantă se produce atunci când consecinţele acţiunilor modelului scad probabilitatea ca observatorul să-l imite (Bandura, 2000).

Terapeuţii comportamentalişti utilizează o varietate de proceduri de modelare care sunt frecvent combinate cu alte tehnici comportamentale cum ar fi întărirea, expunerea in vivo etc. Deşi, modelarea este adesea o parte a pachetului de tratament, aceasta poate fi eficace chiar şi ca modalitate unică de intervenţie.

Modelarea este eficientă în cazul terapiei de grup. Grupul conţine un număr mare de modele potenţiale; modele noi pot fi introduse fără lezarea serioasă a pattern-urilor sociale existente; poate fi utilizat cu succes *jocul de rol*. De asemenea, pot fi stimulate jocurile de grup pentru a încuraja imitarea. Utilizarea eficientă a procedeului de modelare depinde de o serie de factori cum ar fi: deprinderea de a observa şi imita pe alţii, atribute speciale şi atractive ale modelului, similaritatea modelului cu pacientul în ceea ce priveşte caracteristici personale, felul în care modelul este prezentat etc. Fiecare dintre aceşti factori poate fi manipulat astfel încât să se realizeze o creştere a învăţării şi imitării (Marian şi Roşeanu, 2003).

Automodelarea. Pacienţii sunt încurajaţi să-şi observe propriul comportament manifestat. De multe ori se întâmplă ca un pacient să poată funcţiona într-o manieră adaptativă în diferite situaţii, cu anumite persoane sau în anumite perioade de timp.

Cea mai eficientă tehnică de automodelare este auto-observarea repetată prin vizionarea înregistrărilor video. Înainte de realizarea înregistrării, pacientul este pregătit prin: utilizarea altor modele, repetiţii exhaustive, antrenament şi feedback, astfel încât performanţa înregistrată să fie cea mai potrivită pentru situaţia problemă.

Păpuşile şi personajele din poveşti pot fi utilizate ca modele pentru copii în practicarea modelării. Acestor personaje li se pot atribui diferite comportamente sau pot fi selectate personaje cunoscute. De multe ori ele sunt modele excelente, în special pentru tineri, datorită faimei lor şi a calităţilor de întărire.

Strategii de modelare generale versus specifice. O abordare instructivă ce foloseşte modelarea sistematică şi întărirea este adesea solicitată. Unii pacienţi, datorită învăţării anterioare sau a capacităţii înnăscute sunt capabili să înveţe o abordare generală de a se confrunta cu situaţiile problemă, fără a învăţa în detaliu toţi paşii intermediari. Practic, acest lucru implică ideea că pattern-urile unui comportament complex trebuie să fie modelate mai întâi global şi abia apoi descompus doar în acele micro unităţi, cu care acesta are dificultăţi în practicare. Astfel, moleculele comportamentale sunt mai repede modelate, repetate şi întărite. Un avantaj al realizării acestor abordări este acela că unele dintre comportamentele concrete legate de o abordare generală pot să existe deja în repertoriul de abilităţi al pacientului şi nu toate deprinderile necesare trebuie să fie modelate. În plus, capacitatea pacientului de a generaliza poate fi testată în acest mod.

Repetarea comportamentului

În urma observării uneia sau mai multor interacţiuni modelate, pacienţii vor imita cu o mai mare probabilitate comportamentele în propriile situaţii de viaţă. Înainte de a încerca implementarea noilor comportamente în situaţii reale de viaţă, practicarea acestor abilităţi într-un climat suportiv (sau în cadrul reuniunilor de grup), va creşte probabilitatea performanţei în condiţii reale de viaţă. Observând şi practicând noul set de comportamente, pacientul este mai bine pregătit să facă faţă situaţiilor şi este probabil mai puţin anxios. Deşi repetarea este adesea prima practicată sunt date adesea sarcini de a repeta sau de a interpreta un anume comportament cu un partener, un prieten sau un membru al familiei, în afara şedinţelor.

Există câteva consideraţii în repetarea efectivă a unui comportament, unele dintre aceste consideraţii suprapunându-se cu modelarea prin interpretarea efectivă. Ne referim la antrenamentul adecvat al pacienţilor în interpretarea unui rol, determinarea unui nivel adecvat de dificultate, stabilirea realistă a stadiului şi crearea posibilităţii pentru realizarea mai multor încercări.

În urma unui set iniţial de sesiuni de practică, pacienţii sunt încurajaţi să utilizeze comportamentele învăţate şi în „realitate" pentru a putea observa reacţiile celorlalţi faţă de aceste conduite. În prima fază de tratament, pacienţii sunt încurajaţi să reţină ideea că ei interpretează un simplu rol. Altfel spus, prin a te juca *„ca şi cum"*, reduce pericolul ce poate apărea interpretând noile comportamente *in vivo*.

Tehnicile menţionate sunt utile pentru adolescenţii capabili să ducă la bun sfârşit sarcinile complexe, fără a fi necesară o supraveghere intensă. Cu

cât copilul este la o vârstă mai mică, cu atât tehnicile devin mai limitate în funcţie de timpul petrecut alături de terapeut.

Feedback-ul

Reprezintă procesul prin care unei persoane i se adresează observaţii şi impresii referitoare la performanţele ori la atitudinile sale generale în viaţă sau în cadrul jocurilor de rol. Aceste comentarii pot fi făcute de pacienţi, de terapeut sau de către alte persoane implicate în procesul de observare a pacientului. Feedback-ul terapeutic şi cel constructiv provenit din mai multe surse este unul dintre avantajele terapiei de grup, cu condiţia ca cel care primeşte feedback-ul să fie receptiv la acesta.

Prin această metodă pacienţii nu învaţă doar să-şi îmbunătăţească comportamentul repetat, ci şi să primească şi să acorde feedback pozitiv şi critic în situaţii cotidiene. Lauda şi critica sunt aspecte importante în cadrul relaţiilor interpersonale.

O primă indicaţie este ca feedback-ul pozitiv să fie acordat primul astfel încât copilul să primească întăriri imediat după repetarea noilor deprinderi. Feedback-ul pozitiv creează o atmosferă în care critica este mai uşor acceptată (Dryden, 1993; Kazdin, 1994). Pe de altă parte feedback-ul critic al unei interpretări de rol trebuie să fie prezentat sub forma unor acţiuni sau afirmaţii pe care observatorul le-ar realiza diferit (de exemplu: „Ceea ce eu aş fi făcut diferit, este că aş fi fost mai calm precum modelul şi nu m-aş fi enervat aşa de tare..." - aceasta este o formă dezirabilă a feedback-ului critic).

Criteriile procesului de acordare de feedback pozitiv includ următoarele: 1. Păstraţi contactul vizual cu persoana respectivă; 2. Staţi faţă în faţă cu acea persoană; 3. Vorbiţi destul de tare pentru a fi auziţi, fără a striga; 4. Zâmbiţi când vorbiţi sau măcar nu vă încruntaţi; 5. Păstraţi o distanţă corespunzătoare faţă de cealaltă persoană; 6. Folosiţi propoziţii scurte şi clare; 7. Oferiţi răspuns la scurt timp după eveniment; 8. Folosiţi propoziţii la persoana I-a singular; 9. Atingeţi sau apropiaţi-vă de persoană în timp ce îi adresaţi laude; 10. Variaţi tipul propoziţiilor folosite; 11. Nu amestecaţi lauda cu critica ori sarcasmul.

Pentru mulţi pacienţi acceptarea laudei este la fel de dificilă ca şi acordarea acesteia. Ei pot fi învăţaţi să accepte lauda prin folosirea următorului criteriu general: acceptă lauda când este întemeiată sau mulţumeşte persoanei şi urmăreşte punctele 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 şi 10 de mai sus.

Pentru a face o critică constructivă, ar trebui respectate următoarele: 1. Păstraţi o mimică serioasă; 2. Solicitaţi să vorbiţi cu persoana pentru un moment; 3. Lăudaţi elementele pozitive; 4. Recunoaşteţi limitele celeilalte persoane; 5. Spuneţi ce simţiţi („Eu mă simt..."); 6. Spuneţi ce credeţi că nu a mers bine; 7. Afirmaţi-vă tentativa de critică; 8. Fiţi specific în legătură cu ceea ce s-a greşit; 9. Oferiţi persoanei un motiv pentru a se schimba; 10. Întrebaţi persoana dacă a înţeles, dacă nu a înţeles, explicaţi din nou; 11.

Întrebaţi cealaltă persoană cum se simte; 12. Oferiţi sugestii pentru schimbare; 13. Punctele 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 şi 10 din prima listă de mai sus.

Pentru a mări gradul de implicare, unii terapeuţi au considerat util să pună la dispoziţie numai una dintre liste şi să lase pacienţii să le construiască pe celelalte prin discuţii. Deşi, asemenea discuţii consumă timp, pacienţii care construiesc singuri listele le vor utiliza mai eficient în practică.

Pacienţii vor fi învăţaţi tehnica feedback-ului şi critica constructivă din două motive. În primul rând, sunt abilităţi de bază pentru a facilita eficacitatea repetărilor şi eficienţa corectării erorilor între aceste repetări. În al doilea rând, poate mai importante sunt abilităţile interpersonale care pot intermedia rezolvarea conflictelor şi uneori prevenirea conflictelor din viaţa fiecărui copil sau adolescent. Din aceste motive, învăţarea abilităţilor de feedback pozitiv şi critică constructivă sunt de importanţă majoră.

V.5.6. Dezvoltarea de noi comportamente adaptative

Deficitul abilităţilor este adesea o condiţie de menţinere a problemelor pacientului. Deficitele se instalează atunci când individul nu şi-a însuşit o paletă de deprinderi adaptative.

Antrenamentul abilităţilor se referă la acele pachete de tratament proiectate să învingă deficitele. Modelarea este componenta cheie a antrenamentului abilităţilor. Secvenţele includ evaluarea comportamentului problemă asociat cu observarea comportamentului pacientului în mediul său natural de viaţă sau în situaţia jocului de rol.

Tehnica este utilizată cu succes în deficitele cognitive şi de limbaj asociate cu autism, retardare, deficienţe de învăţare etc.

Antrenamentul abilităţilor sociale este un pas important în terapie prin faptul că pacientul învaţă să-şi exprime emoţiile în circumstanţe sociale prin: postură, voce, gesturi sau propoziţii cheie. Felul în care pacientul va învăţa aceste abilităţi şi noi comportamente este adesea simplu prin joc de rol, modelare, rezolvarea de probleme, feedback, prescripţii comportamentale în mediul său de viaţă, practica gradată in vivo şi evaluare.

În perioada dintre şedinţe pacienţii sunt invitaţi să noteze performanţele şi emoţiile într-un jurnal, înregistrări care vor fi discutate la următoarea şedinţă.

V.5.7. Antrenamentul asertiv

Comportamentele asertive sunt acţiuni care asigură şi menţin ceea ce este justificat într-o situaţie interpersonală fără a încălca drepturile celorlalţi. Deficitele în comportamentele asertive sunt extrem de comune. Comportamentele asertive iau diferite forme şi sunt părţi ale situaţiilor specifice.

Antrenamentul asertiv se referă la acele proceduri de antrenare a deprinderilor specifice utilizate pentru a învăţa şi motiva comportamentele adaptative.

Modelarea este elementul esenţial în învăţarea comportamentelor asertive pentru că elementele stilistice uneori dificil de descris verbal pot fi demonstrate. Prescripţiile comportamentale (sau „temele de casă") sunt rutine utilizate frecvent în antrenamentul asertiv şi continue în manieră progresivă.

Feedback-ul oferit pacientului pentru performanţe atât în cadrul şedinţelor terapeutice precum şi evaluarea prescripţiilor comportamentale pentru acasă sunt aspecte importante ale antrenamentului. Terapeutul întăreşte adesea acţiunile asertive ale pacientului dar nu şi rezultatele favorabile obţinute, care ar putea fi controlate de pacient.

Utilizând situaţii ipotetice în care răspunsul asertiv are drept rezultat consecinţe negative, terapeutul va recurge la modele şi răspunsuri adaptative. Prin urmare, pacienţii repetă răspunsuri similare prin jocul de rol împreună cu terapeutul. Pe lângă modelele concrete pot fi utilizate forme diverse de modelare simbolică. Frecvent este utilizată modelarea mascată, procedură prin care pacienţii vizualizează secvenţe ale modelelor la nivel imaginar. Terapeutul descrie scenele solicitate de comportamentele asertive astfel, în prima etapă este descrisă situaţia specifică în care comportamentul asertiv este potrivit; în a doua etapă este descris modelul care răspunde asertiv şi în a treia etapă sunt prezentate consecinţele pozitive ale modelului pentru comportamentul asertiv.

Deşi antrenamentul asertiv este o tehnică a terapiei comportamentale, a fost încorporat în diferite tipuri de terapie – cum ar fi terapia gestaltistă (vezi subcap. XI.4.).

V.5.8. Procesul schimbării în terapie

Expunerea repetată la situaţia sau obiectul anxiogen va conduce la descreşterea frecvenţei răspunsului. Acomodarea sistemului nervos autonom cu expunere continuă, sprijină schimbarea atitudinilor persoanei în ceea ce priveşte persistenţa anxietăţii. Altfel spus, terapia comportamentală conduce spre modificarea atitudinilor. Întinderea expunerilor variază în funcţie de habitudini. Astfel, în cazul anxietăţii intense o durată mai lungă a expunerii este necesară. Obişnuinţa se petrece mult mai repede în cazul fobiilor simple decât în cazul tulburării obsesiv-compulsive sau al agorafobiei.

Schimbarea în cazul tulburărilor de anxietate implică activarea fricii şi formularea unui nou set de informaţii, modificat. Prin urmare, comportamentele în deficit şi noile deprinderi vor fi observate, practicate şi încorporate. Pe termen lung modificarea în general a cogniţiilor şi a atitudinilor survine ca urmare a unei schimbări a autoeficacităţii şi valorifică abilităţile de ajustare.

V.6. LIMITE ALE TERAPIEI COMPORTAMENTALE

Criteriile de selecţie urmăresc identificarea pacienţilor care vor beneficia maximal de terapia comportamentală. Este important ca problema cu care se confruntă pacientul să fie curentă şi predictibilă. De exemplu, anxietatea situaţională este opusă anxietăţii liber flotante sau anxietăţii generalizate. Pe de altă parte capacitatea pacienţilor de a specifica clar problema este la fel de importantă, fiind un punct esenţial al demersului terapeutic. Declaraţii de tipul „doresc să trăiesc şi eu normal" sau „vreau să duc o viaţă normală" sunt inadecvate şi imprecise. Terapeutul împreună cu pacientul vor stabili obiectivele terapiei şi vor coopera. Pacienţii nu pot fi ajutaţi împotriva propriei lor dorinţe de a investi timp şi efort în direcţia depăşirii dificultăţilor. De asemenea, pacienţii este important să pună în practică prescripţiile comportamentale. Motivaţia de a depăşi problema în direcţia unor schimbări valoroase este un factor al reuşitei asociat cu suportul membrilor familiei care acţionează asemănător unor co-terapeuţi.

Complicaţiile majore somatice sau mentale este contraindicat a fi abordate prin terapia comportamentală. Boli somatice cum ar fi cele cardiace, respiratorii sau gastro-intestinale ar putea conduce la creşterea anxietăţii la un nivel inoportun. În aceste condiţii expunerea rapidă nu este recomandabilă şi totuşi, dacă terapia comportamentală este singura care poate fi utilizată atunci se impune gradarea şi evitarea anxietăţii extreme. În tulburările psihotice acute cum ar fi depresia severă şi mania este contraindicată. Pe de altă parte pacienţii care consumă cantităţi apreciabile de alcool şi sunt trataţi curent cu benzodiazepine nu vor beneficia de terapia prin expunere. Această substanţă produce o stare de dependenţă (învăţată) şi prin urmare se vor pierde efectele altor tipuri de tratament.

Terapia comportamentală este important să fie ajustată fiecărui pacient în parte. De terapia comportamentală pot beneficia şi grupurile de pacienţi cu specificaţia ca aceştia să prezinte probleme similare. Rezultatele sunt asemănătoare în cazul terapiei individuale şi a celei de grup, însă superioritatea grupului se dovedeşte atunci când problema este reprezentată de deficite ale abilităţilor sociale, drept urmare modelarea şi jocul de rol vor maximiza rezultatele. Altfel spus, pacienţii vor primi feedback din partea membrilor grupului, iar corectarea comportamentului fiind întreprinsă treaptă cu treaptă.

V.6.1. Critici

Fără un inamic comun, terapeuţii comportamentalişti au demarat dispute interne cu privire la natura terapiei comportamentale şi a ceea ce ar putea constitui o definiţie adecvată. Astfel de critici, chiar şi disidenţa categorică a ajuns în săli ale congreselor, guvernelor locale şi statale, iar ca rezultat retragerea finanţării cercetărilor, abandonarea forţată de programe de tratament şi legislaţia care a interzis unele tehnici utilizate în mod curent de

către terapeuţii comportamentalişti, pe motiv că au încălcat drepturile pacienţilor şi a altora. O mare parte a criticilor s-a datorat neînţelegerii terapiei comportamentale, inclusiv a behaviorismului de către unii terapeuţi autointitulaţi comportamentalişti. În acea perioadă era un lucru obişnuit ca terapia comportamentală să fie în mod eronat asociată cu programele de sterilizare aplicate persoanelor de culoare cu retard, cu terapii de şoc (insulină) aplicate pacienţilor psihotici instituţionalizaţi (şi fără consimţământul lor), utilizarea. procedurilor coercitive, cum ar fi pedeapsa sau şocul pentru a controla comportamentul. Chiar şi în psihologie, terapia comportamentală a fost adesea percepută ca fiind mecanicistă, într-un sens chiar inumană. Dificultăţile au servit în parte promovării componentelor ecumenice ale terapiei comportamentale, în special a beneficiat abordarea învăţării sociale a lui Albert Bandura, terapia multimodală a lui Arnold Lazarus, terapia cognitivă a lui Aron Beck şi eventual, perspectiva cunoscută ca fiind cognitiv-comportamentală.

Oamenii de ştiinţă clinicieni şi practicienii se pare că au fost atraşi de terapia comportamentală pentru empirismul său, nu pentru behaviorismul său. Conceptualizarea cognitivă şi terapia cognitiv-comportamentală au devenit regula, iar terapia comportamentală excepţia.

V.7. RELAXAREA

Întrucât mulţi dintre pacienţi experimentează anxietate sau stres excesiv, manifestat în situaţii specifice sau generalizat, relaxarea a fost încorporată în diversitatea de metode utilizate în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale. Abilitatea de relaxare favorizează un set de răspunsuri care sunt incompatibile cu anxietatea şi răspunsurile impulsive. Pe lângă faptul că este incompatibilă cu emoţiile negative şi comportamentul impulsiv, relaxarea intensifică adesea stima de sine a pacientului. Practicarea relaxării în mod regulat reduce anxietatea cronică şi stresul (Marian, 2004 b, p. 138).

Tehnicile de relaxare urmăresc declanşarea unei stării de relaxare similare celei prezente în starea de repaus. Această reacţie, este una firească fiind de fapt un răspuns al sistemului nervos autonom (vegetativ). Deci această reacţie se află în afara controlului conştient fiind guvernată de o serie de programe înnăscute şi modelate cu ajutorul condiţionării clasice. Prin urmare, tehnicile de relaxare vizează achiziţionarea unor deprinderi ce vor permite omului să-şi declanşeze reacţia de relaxare (aflată sub control inconştient) în mod conştient şi voluntar. Astfel, relaxarea reprezintă o îndemânare ce poate fi învăţată şi perfecţionată prin intermediul exersării.

Tehnicile de relaxare induc modificări la nivel biologic prin modificarea balanţei neurovegetative în direcţia echilibrării acesteia şi scăderii dominanţei sistemului nervos vegetativ simpatic. Acest fapt este benefic în sensul că reduce parametrii psihofiziologici ai stresului şi anxietăţii cu impact pozitiv asupra tratamentului tulburărilor psihosomatice şi a

recuperării. Cele mai utilizate tehnici de relaxare sunt: antrenamentul autogen, relaxarea progresivă Jacobson, biofeedback-ul şi hipnoza. Din paleta suficient de variată a metodelor de relaxare va trebui să selectăm metoda care se potriveşte cel mai bine pacientului (Marian, 2004 b, pp. 138-139).

Relaxarea poate fi utilizată cu succes într-o gamă largă de arii problematice însă adesea este folosită pentru ameliorarea stărilor de stres şi tensiune. Uneori intervenţia cu ajutorul tehnicilor de relaxare este suficientă pentru atingerea scopurilor terapeutice alteori însă este nevoie de strategii terapeutice mai complexe ce pot fi aplicate simultan cu cele de relaxare sau înlocuindu-le pe acestea.

Exerciţiile de relaxare permit menţinerea calmului la nivel somatic/fiziologic şi a detaşării mentale în situaţii de stres. Desigur, răspunsul de relaxare este amplificat atunci când omul are la dispoziţie şi o serie de alte strategii de combatere a stresului. Astfel, este utilă aplicarea tehnicilor de relaxare în combinaţie cu alte strategii de management sau combatere a stresului.

Tehnicile de relaxare nu sunt eficiente în următoarele situaţii (*apud* Heron, 1996):

1. *Persoane aflate în stare de criză* - relaxarea nu poate fi utilizată ca strategie de intervenţie în criză; deoarece în astfel de situaţii organismul uman se află într-o stare de activare fiziologică intensă, pentru dezactivarea căruia ar fi necesar un efort imens, ceea ce nu este posibil de realizat în acel moment.
2. *Persoane cu un grad înalt de distres* - chiar şi atunci când nu este vorba de o situaţie critică, persoanele care se confruntă cu probleme emoţionale majore ce le induc un grad înalt de distres nu vor beneficia în momentul respectiv de exerciţii de relaxare. În aceste condiţii, subiectul va trebui să urmeze o serie de etape (proceduri terapeutice) prin care să-şi restabilească echilibrul emoţional şi doar apoi să înveţe să utilizeze tehnicile de relaxare.
3. *Persoane ce suferă de tulburări psihotice* - cercetările experimentale au evidenţiat faptul că exerciţiile de relaxare nu sunt eficiente în cazul persoanelor care suferă de tulburări psihotice (aceste exerciţii ar putea chiar amplifica simptomatologia psihotică).
4. *Persoane care refuză explicit utilizarea tehnicilor de relaxare* - relaxarea are efect benefic doar atunci când subiectul este implicat activ în realizarea exerciţiilor, efectele neapărând atunci când executarea lor este forţată.

V.7.1. Principii generale aplicabile tuturor tehnicilor de relaxare

Evaluare

Înainte de utilizarea oricărei tehnici de relaxare se va realiza, întotdeauna, un proces de evaluare prin care se va stabili măsura în care persoana în cauză (clientul) poate beneficia în acel moment de exerciţii de relaxare (sau ar fi mai eficientă o altă strategie, relaxarea utilizându-se ulterior). De asemenea, se va lua în considerare starea medicală a potenţialului participant relevându-se eventuale probleme medicale pentru care exerciţiile de relaxare sunt contraindicate.

Crearea mediului adecvat pentru relaxare

Realizarea cu succes a exerciţiilor de relaxare este dependentă de crearea unui mediu propice pentru acestea. Prima condiţie este asigurarea unui mediu în care să domine liniştea. Aceasta se referă la absenţa zgomotelor din fundal sau a zgomotelor bruşte şi a întreruperilor. O a doua necesitatea este asigurarea unei temperaturi adecvate. O ultimă cerinţă se referă la confort (un fotoliu comod sau o saltea pe care să execute exerciţiile de relaxare). Cele mai recomandate sunt fotoliile sau scaunele ce oferă suport atât spatelui cât şi capului sau saltelele cauciucate (în cazul în care exerciţiile sunt efectuate la sol). Nerespectarea acestor cerinţe va atrage după sine imposibilitatea realizării exerciţiilor de relaxare datorită incapacităţii participanţilor de a se concentra asupra executării acestora. De asemenea, amintim faptul că se interzice fumatul în sala în care se realizează şedinţe de relaxare.

Deseori este utilizat un fundal muzical cu scopul amplificării şi facilitării relaxării. Deşi în multe situaţii muzica contribuie la obţinerea unei stări de relaxare, nu este indicată utilizarea permanentă a fundalului muzical. Prin asocierea repetată a muzicii cu răspunsul de relaxare s-ar putea realiza o asociere între muzică şi relaxare (un reflex condiţionat) iar participanţii nefiind capabil ulterior să se relaxeze în absenţa muzicii.

Muzica adecvată pentru relaxare este calmă, lentă şi repetitivă. Heron (1996) sugerează deţinerea de către terapeut a unei game largi de colecţii muzicale astfel încât unele să poată fi utilizate alături de exerciţii de relaxare generală iar altele alături de exerciţii de imagerie dirijată. De asemenea, autoarea susţine că trebuie evitate versiunile instrumentale a cântecelor bine cunoscute deoarece acestea pot declanşa o serie de asociaţii în mintea pacientului care ar putea împiedica relaxarea.

În ceea ce priveşte iluminarea camerei în timpul şedinţelor de relaxare, se recomandă păstrarea unui nivel scăzut de iluminare astfel încât să predomine întunericul. Totuşi trebuie evitat întunericul total deoarece unele persoane se simt inconfortabil în întuneric şi prin urmare neputându-se relaxa. De asemenea, întunericul total împiedică observarea reacţiilor participanţilor

de către conducătorul şedinţei de relaxare. În concluzie, nivelul luminii trebuie să fie redus şi este preferabil ca sursa de lumină să nu fie deasupra capului clientului. Cele mai eficiente în acest sens sunt lumânările şi lămpile de birou.

Comportamentul persoanei ce conduce şedinţa de relaxare

Persoanele ce conduc şedinţele de relaxare trebuie să manifeste o atitudine (sau o manieră de lucru) calmă şi siguranţă pe sine. Aceste persoane constituie un model pentru client astfel ele trebuie să respecte în totalitate (cel puţin pe parcursul şedinţelor) principiile pe care le cer clientului să le însuşească. Cercetările experimentale sugerează faptul că participanţii tind să imite comportamentul conducătorului şedinţei (Heron, 1996).

Limbajul corpului trebuie să reflecte natura şedinţei de relaxare. Postura conducătorului trebuie să fie deschisă - braţele şi picioarele să nu fie încrucişate. Trebuie acordată atenţie specială ariilor corporale ce indică prezenţa tensiunii (de exemplu: umeri). Pe cât posibil corpul trebuie să fie în repaus (fără mişcări ritmice). O importanţă aparte o are respiraţia conducătorului care trebuie să fie relaxată / regulată deoarece participanţii vor avea tendinţa de a imita (inconştient) ritmul respiraţiei acestuia.

Pe parcursul şedinţei trainer-ul (sau terapeutul) va adopta o poziţie confortabilă fără mişcări inutile ce ar putea distrage atenţia clientului. Desigur, fiecare conducător îşi găseşte o poziţie pe care o consideră cea mai confortabilă (unii preferă să stea în picioare iar alţii să se plimbe), elementul esenţial fiind faptul ca aceasta să nu interfereze cu concentrarea clientului asupra exerciţiilor. Poziţia cel mai frecvent utilizată de traineri este cea în care acesta este aşezat într-un fotoliu confortabil la o distanţă de câţiva paşi de client. Heron (1996) atrage atenţia asupra faptului că este util ca trainer-ul să nu adopte o poziţie prea confortabilă astfel încât să fie afectată în sens negativ şedinţa de relaxare. De asemenea, atunci când exerciţiile de relaxare sunt executate la sol trainer-ul trebuie să-şi găsească o poziţie care să nu fie prea ridicată faţă de participanţi deoarece acest lucru ar induce o oarecare tensiune acestora.

Vocea. Tonalitatea vocii prin care se vehiculează comenzile exerciţiilor de relaxare trebuie să fie *lentă, „moale" şi lină.* Vocea trebuie să aibă un efect de inducere şi aprofundare a stării de relaxare şi nu de distragere a atenţiei participanţilor. Vocea „moale", lină şi lentă indică absenţa pericolelor permiţând reducerea vigilenţei şi declanşarea răspunsului de relaxare.

Vocea trebuie să aibă o anumită *ritmicitate* şi *repetitivitate.* O importanţă aparte o au şi pauzele. Ritmicitatea implică accentuarea unor cuvinte sau silabe astfel încât frazele iau forma unui pattern specific. Modificări subtile ale ritmului pot fi utilizate pentru a obţine efecte specifice în timpul relaxării. Încetinirea ritmului va aprofunda efectele pe când accelerarea acestuia va creşte vigilenţa.

Repetarea este un aspect intrinsec al tuturor formelor de relaxare. Repetarea unor cuvinte sau fraze specifice induc o oarecare detaşare a conştiinţei şi o activare a inconştientului. Astfel, repetarea este folosită extensiv în cadrul exerciţiilor de relaxare pentru transmiterea instrucţiunilor cu scopul accentuării unor stări specifice.

Pauzele au o serie de funcţii în cadrul şedinţei de relaxare. Acestea sunt necesare pentru asimilarea de către client a informaţiilor primite de la conducătorul şedinţei. Un flux continuu de informaţii nu permite asimilarea informaţiilor, eficienţa exerciţiilor fiind astfel mult diminuată. Pauzele permit, de asemenea, aprofundarea relaxării deoarece participanţii au posibilitatea de a se detaşa de gândurile proprii preluând control asupra procesului de relaxare.

Durata de timp a fiecărei pauze poate varia, acestea putând apărea oricând pe parcursul şedinţei. O pauză poate dura de la câteva secunde până la cinci sau zece minute. Este importantă utilizarea unei voci foarte lente şi de intensitate redusă în rostirea primelor cuvinte după o pauză mai îndelungată. Astfel, clienţii aflaţi în stare de relaxare să se poată reajusta la prezenţa stimulilor auditivi.

Heron (1996) enumeră o sumă de greşeli frecvente comise de conducători ai şedinţelor de relaxare: (a) ritmul accelerat al realizării exerciţiilor; (b) lipsa pauzelor; (c) bolborosirea şi mormăitul; (d) ritmul exagerat de lent al executării exerciţiilor; (e) voce excesiv de scăzută astfel încât clienţii nu aud instrucţiunile; (f) citirea instrucţiunilor cuvânt cu cuvânt de pe hârtie; (g) ticuri verbale.

Precauţii şi indicaţii. Trebuie evitată efectuarea exerciţiilor de relaxare imediat după luarea unei mese (acestea vor încetini digestia şi ar putea duce la apariţia unor senzaţii neplăcute) sau înainte de culcare (nu este de dorit ca exerciţiile de relaxare să fie asociate cu somnul - nu acesta este scopul lor). De asemenea, trebuie să se ţină cont de faptul că relaxarea nu se realizează niciodată în mod forţat, aceasta implică întotdeauna destinderea şi nu forţarea.

O importanţă aparte o are executarea regulată a exerciţiilor de relaxare. Doar prin repetiţie riguroasă şi utilizare frecventă omul poate să stăpânească tehnicile şi să-şi formeze o reacţie de relaxare şi nu tensionare. Odată ce persoana a reuşit să asimileze cu adevărat principiile relaxări se poate trece la un program de exersare mai puţin riguros.

Durata unei şedinţe de relaxare poate varia între 20 şi 60 de minute, durata optimă fiind de 30 minute.

Fiecare şedinţă de relaxare în debut implică introducerea ideii de relaxare iar „mijlocul" implică aprofundarea acestei experienţe. Sfârşitul şedinţei are o importanţă aparte deoarece participanţii trebuie „readuşi" la locul în care se află. Astfel, la finalul şedinţei de relaxare clientul poate fi puţin dezorientat, prin urmare el necesitând o perioadă de timp pentru reajustare. În acest scop se utilizează o serie de activităţi scurte cum ar fi discuţia despre experimentarea relaxării sau aranjarea scaunelor sau a saltelelor

în cameră. De asemenea, este recomandată avertizarea participanţilor înainte de modificarea intensităţii luminii, iar atunci când exerciţiile sunt executate la sol trebuie acordată participanţilor o perioadă de timp pentru dezmorţirea corpului.

V.7.2. Poziţii pentru relaxare

Poziţia corpului are o influenţă semnificativă asupra reacţiei de relaxare, aceasta nefiind posibilă în absenţa unei poziţii adecvate.

La sol poziţia optimă pentru relaxare este cea „clasică" (numită în yoga poziţia „Savasana"). Aceasta permite relaxarea maximă a întregului corp care se află simetric aliniat.

Poziţia clasică de relaxare la sol

- *Corp* - culcat pe spate pe o linie dreaptă, aliniat simetric în partea dreaptă şi stângă.
- *Picioare* - depărtate la un unghi de aproximativ 30°, labele picioarelor înclinate puţin înspre exterior.
- *Bazin* - uşor împins înainte (sus), eliminându-se presiunea asupra porţiunii inferioare a spatelui.
- *Spate* - să fie în contact maxim cu solul.
- *Omoplaţi* - înclinaţi puţin în jos astfel încât umerii să coboare şi zona pieptului să se extindă şi să se deschidă.
- *Braţe* - îndepărtate de corp la un unghi de până la 30°, partea dorsală a palmelor în contact cu solul. Umerii rotaţi astfel încât degetul mare să fie mai apropiat de podea decât degetul mic, permiţând deschiderea pieptului.
- *Gât şi cap* - evitarea presiunii la nivelul porţiunii inferioare a gâtului prin alungirea acestuia, apropiind uşor bărbia de piept. Capul aliniat simetric pe gât.

Suprafaţa pe care se efectuează exerciţiile de relaxare în poziţia clasică trebuie să fie confortabilă dar în acelaşi timp fermă. În mod ideal se va utiliza o saltea pe o podea acoperită de un covor. Nu se recomandă realizarea exerciţiilor pe pat deoarece acestea sunt de obicei prea moi astfel încât muşchii vor atârna ceea ce nu va permite o relaxare optimă.

Unele persoane vor considera poziţia clasică inconfortabilă. În asemenea situaţii pot fi aduse o serie de modificări acestei poziţii, printre care amintim:

- pentru disconfort la nivelul gâtului - plasarea unei perne sub cap;
- pentru disconfort în zona lombară - poziţionarea unei perne între coloana vertebrală şi sol; îndoirea genunchilor astfel încât călcâiele să fie orientate spre şezut iar tălpile poziţionate pe podea; palmele plasate pe zona inferioară a abdomenului.

Atunci când din diverse motive nu pot fi utilizate poziţiile la sol se va recurge la poziţiile de relaxare în care persoana este aşezată într-un scaun confortabil dar ferm oferind suport spatelui şi gâtului. Deşi poziţiile la sol

permit o relaxare mai profundă, poziţia aşezat pe scaun este mai eficientă în cazul exerciţiilor de relaxare mentală (de preferat în meditaţie).

Poziţia aşezat pe scaun

1. *Corp* – aliniat simetric în întregime.
2. *Coloană vertebrală* – susţinută de scaun (se pot utiliza perne dacă este necesar), dreaptă şi alungită.
3. *Picioare* – uşor depărtate, unul lângă altul, neîncrucişate. Tălpile să atingă în totalitate solul (se pot poziţiona diverse obiecte sub tălpi în cazul în care persoana nu ajunge cu picioare la podea).
4. *Omoplaţi* – lăsaţi în jos şi înclinaţi spre interior permiţând umerilor să coboare şi pieptului să se deschidă.
5. *Piept* – sternul uşor ridicat astfel încât pieptul să nu coboare (evitându-se astfel inhibarea respiraţiei).
6. *Braţe şi mâini* – braţele poziţionate lateral, mâinile în poală, palmele orientate în sus.
7. *Gât şi cap* – porţiunea posterioară a gâtului alungită, bărbia orientată uşor înspre piept astfel încât porţiunea superioară a capului să fie orientată spre tavan.

V.7.3. Relaxarea progresivă (R.P.J.)

Relaxarea progresivă, elaborată de Edmund Jacobson în 1929 (tehnica fiind numită „relaxare progresivă Jacobson" sau abreviat R.P.J.) este una dintre cele mai frecvent utilizate metode de relaxare. Aceasta deoarece se bazează pe un principiu fiziologic fundamental simplu, iar exerciţiile sunt uşor de realizat.

R.P.J. constă dintr-o serie de exerciţii (etape) în care persoana trebuie să îşi orienteze atenţia asupra anumitor muşchi şi grupe musculare din corpul său iar apoi să relaxeze aceşti muşchi. Relaxarea musculară debutează cu porţiunea inferioară a corpului, de la picioare, ajungând până la nivelul capului, astfel realizându-se o relaxare ce *progresează* de jos în sus, rezultatul final fiind relaxarea întregului corp.

R.P.J. se bazează pe principiul conform căruia starea de anxietate nu poate coexista cu o stare de relaxare musculară profundă. Astfel, se consideră că prin relaxarea profundă a musculaturii corpului (relaxare la nivel fiziologic) se poate influenţa şi deci diminua tensiunea psihică. De fapt, este vorba de reducerea tensiunii psihice prin intervenţie la nivelul componentei periferice a acesteia. Prin urmare, pentru reducerea intensităţii stărilor de anxietate oamenii trebuie mai întâi să înveţe să îşi relaxeze profund musculatura corpului.

Principiul R.P.J. reflectă interacţiunea dintre psihic şi somatic, acţionarea la nivel somatic, asupra muşchilor scheletici cu scopul diminuării tensiunii psihice. De asemenea, R.P.J. implică utilizarea musculaturii aflate

sub control voluntar pentru a obţine efecte de relaxare asupra sistemelor aflate sub control autonom (involuntar).

R.P.J. este o metodă uşor de învăţat ce asigură obţinerea beneficiilor încă de la bun început. Odată însuşită, tehnica poate fi utilizată într-o gamă largă de situaţii şi nu doar în timpul şedinţelor de relaxare. De asemenea, oamenii ce reuşesc să-şi controleze musculatura corpului se simt mai siguri pe sine şi se implică mai activ în urmărirea ţelurilor.

Principii generale ale R.P.J.

Majoritatea oamenilor s-au obişnuit cu prezenţa tensiunii la nivelul musculaturii astfel încât ei nici nu mai conştientizează prezenţa acesteia. Prin urmare, primul obiectiv al R.P.J. este învăţarea şi experimentarea diferenţei dintre tensiune şi relaxare fizică.

Relaxarea progresivă este împărţită în patru etape: (1) *focalizare;* (2) *întindere*; (3) *eliberarea tensiunii*; (4) *conştientizarea relaxării.*

1. *Focalizare* – implică orientarea atenţiei asupra diferitelor zone ale corpului; scopul este învăţarea diferenţierii dintre tensiune şi relaxare la nivelul zonei respective a corpului.
2. *Întindere* – implică accentuarea tensiunii în diferitele zone ale corpului; aceasta fiind o fază premergătoare fazei de relaxare. Iniţial această etapă implica încordarea muşchilor însă în conformitate cu teoriile moderne se recomandă întinderea acestora. Alungirea moderată a muşchilor produce o eliberare imediată a tensiunii în schimb, contractarea muşchilor ar putea menţine şi nu elibera tensiunea. Pot fi utilizate mai multe tipuri de exerciţii de întindere a muşchilor, însă de obicei acestea implică mişcarea părţii respective a corpului în direcţie opusă celei obişnuite. Întinderile trebuie să se realizeze lin, neforţat sau smucit fiind în general menţinute timp de 3 – 6 secunde.
3. *Eliberarea tensiunii* – este etapa în care se va realiza o eliberare naturală a tensiunii. Trainer-ul va asista clientul în aprofundarea şi accentuarea acestei eliberări prin evidenţierea senzaţiilor experimentate în acel moment. Sugestiile trainer-ului vor include imagini focalizate pe senzaţia eliberării tensiunii (de exemplu o senzaţie „minunată" de relaxare pătrunde în mâinile tale).
4. *Conştientizarea relaxării* – în această etapă persoana învaţă să recunoască senzaţia de relaxare cu scopul de a transforma această stare în starea naturală a corpului.

Direcţia relaxării progresive este întotdeauna de jos în sus, de la degetele picioarelor înspre cap. Ordinea tipică este următoarea: (1) labele picioarelor; (2) picioare; (3) fese; (4) pelvis; (5) stomac; (6) spate şi coloană vertebrală (7) omoplaţi; (8) piept; (9) mâini; (10) braţe; (11) umeri; (12) gât; (13) faţă - (a) fălci; (b) gură; (c) obraji; (d) frunte; (e) ochi; (f) urechi; (g) scalp. Pentru părţile pereche (de exemplu, mâini) se începe cu partea dominantă.

Scopul RPJ este dezvoltarea conştientizării şi controlului tensiunii musculare. Pe măsură ce persoana exersează şi devine tot mai „pricepută" ea reuşeşte să exercite un control tot mai crescut asupra relaxării propriului corp şi necesitând tot mai puţine sugestii formale. Prin urmare, se pot utiliza exerciţii avansate cum ar fi întinderea şi eliberarea întregului corp, conştientizarea şi eliberare progresivă şi utilizarea imageriei pentru eliberarea tensiunii musculare.

V.7.4. Respiraţia relaxată

Respiraţia este intim legată de relaxare. Respiraţia efectuată greşit împiedică obţinerea unei stări adecvate de relaxare, în schimb o respiraţie corect executată atrage după sine relaxarea întregului corp.

Principii generale ale unei respiraţii relaxate

Respiraţia eficientă este *lentă,* permiţând oxigenului să fie absorbit de către corp şi toxinelor să fie eliminate. Se consideră că sunt necesare 20 de secunde pentru ca o cantitate optimă de oxigen să fie disponibilă circulaţiei. De asemenea, respiraţia eficientă este *profundă,* astfel încât să se realizeze o inhalare şi exhalare completă prin utilizarea întregii suprafeţe a plămânilor. Respiraţia trebuie să se realizeze *lin,* fără tresăriri sau pauze; un flux lin de inspiraţii şi expiraţii ce urmează un pattern constant. Cel mai important aspect al respiraţiei este faptul că aceasta nu trebuie niciodată să se realizeze forţat. Un alt aspect important al respiraţie este faptul că aceasta trebuie să se realizeze întotdeauna cu ajutorul nasului şi nu a gurii.

Respiraţia completă se realizează în trei etape: (1) activarea porţiunii inferioare a plămânilor prin inspirarea aerului în acea zonă; (2) activarea porţiunii mijlocii a plămânilor; (3) activarea porţiunii superioare a plămânilor.

Pentru relaxare o importanţă aparte o are expiraţia deoarece în acel moment (eliberarea aerului) corpul devine complet relaxat. Întregul ritm al unei respiraţii adecvate (relaxate) imprimă un ritm al relaxării întregului corp.

V.7.5. Vizualizarea

Exerciţiile de vizualizare fac apel la facultăţile imaginative ale persoanei. Pentru relaxare, vizualizarea îndeplineşte trei funcţii: (a) previne instalarea plictiselii ce ar putea interfera cu relaxarea; (b) amplificarea relaxării prin concentrarea asupra unor imagini plăcute relaxante; (c) generalizarea răspunsului de relaxare în diferite situaţii prin asocierea imaginilor (ce pot fi reamintite rapid) cu un astfel de răspuns.

Majoritatea imaginilor utilizate în exerciţiile de vizualizare se bazează pe senzaţii, creându-se un scenariu în care i se sugerează persoanei ce vede, aude, miroase sau gustă. De asemenea este sugerată prezenţa unei dispoziţii adecvate, cum ar fi liniştea interioară, pacea sau mulţumirea. Se încercă deci

formarea unei imagini cât mai reale şi concrete; tema generală a senzaţiilor fiind relaxarea şi calmul.

În realizarea exerciţiilor de vizualizare trebuie să se aibă în vedere o serie de precauţi. Deoarece în timpul relaxării individul devine extrem de receptiv este utilă chestionarea participanţilor cu privire la unele temeri pe care aceştia le-ar putea avea înainte de începerea exerciţiilor de vizualizare (de exemplu: frică de întuneric, apă, înălţime etc.).

Deşi vizualizarea este accesibilă tuturor oamenilor unii dintre participanţi ar putea avea dificultăţi în executarea acestor exerciţii deoarece se aşteaptă să-şi creeze în mintea lor o imagine perfect clară fără însă a reuşi acest lucru. În astfel de situaţii terapeutul trebuie să precizeze că nu toate persoanele reuşesc să-şi elaboreze o imagine foarte clară şi că acest fapt nu constituie un eşec sau impediment în efectuarea cu succes a exerciţiilor de vizualizare. Multe persoane au un mai mare succes în imaginarea senzaţiilor auditive sau tactile iar altele operează mai bine cu propoziţii (cuvinte) decât cu imagini. Aceştia din urmă vor beneficia de exerciţiile de vizualizare prin repetarea în gând a sugestiilor terapeutului.

La sfârşitul fiecărui exerciţiu de vizualizare este important ca participantul să fie „readus" la locul de început al exerciţiul. De exemplu, dacă persoana şi-a imaginat că a fost într-o călătorie ea trebuie adusă înapoi în locul de unde a început călătoria, iar dacă s-a utilizat numărarea în jos pentru aprofundarea relaxării se va utiliza numărarea înapoi pentru readucerea participantului.

Exerciţii de aprofundare

Tehnicile de aprofundare permit amplificarea şi aprofundarea relaxării prin trecerea de la o stare de relaxare fizică la una mentală. Este vorba de o serie de vizualizări simple orientate asupra întregului corp (nu părţi izolate ale acestuia) şi repetitive ce transmit ideea unei relaxări profunde (de exemplu: plutire, lipsa greutăţii ş.a.m.d.).

Imageria dirijată

Exerciţiile de imagerie dirijată se bazează pe aceleaşi principii ca şi tehnicile de aprofundare însă sunt mai complexe implicând mai multe simţuri şi o „călătorie" sau experienţă mai detaliată. La diferite intervale în timpul imageriei este utilă folosirea unor sugestii ce leagă imaginile construite cu relaxarea.

Tehnici de găsire a traiectoriei

Pe măsură ce participanţii devin mai antrenaţi ei pot fi lăsaţi să-şi creeze singuri imagini, fără sugestiile terapeutului. Astfel, conducătorul şedinţei va utiliza o serie de întrebări care să-l ajute pe client să-şi construiască imaginile. Tehnicile de găsire a traiectoriei de obicei implică imaginarea unei călătorii pe parcursul căreia trebuie să fie luate o serie de

decizii (de către participant). Astfel, participanţii nu sunt doar ascultători pasivi ci sunt implicaţi activ în elaborarea imaginilor sau a poveştii. Aceste tehnici sunt adesea utilizate pentru sondarea inconştientului.

Afirmaţiile

În starea de relaxare persoana devine foarte receptivă la sugestii ceea ce îi permite să-şi îmbunătăţească capacitatea de relaxare. Afirmaţiile sunt propoziţii simple pe care persoana le repetă în gând. Acestea întotdeauna sunt formulate la timpul prezent şi în sens pozitiv. Forma ei trebuie să fie în conformitate cu nivelul de educaţie a individului. Este util ca participanţii să fie informaţi că deşi pot urma afirmaţiile terapeutului ei pot să-şi construiască propriile afirmaţii personale. De asemenea, afirmaţia trebuie acompaniată cu o senzaţie de energie pozitivă pentru a-i întări efectul.

Deseori afirmaţiile sunt utilizate în faza finală a şedinţelor de relaxare astfel încât persoana să poată aplica sensul acesteia în viaţa de zi cu zi.

V.7.6. Clarificări aplicative ale tehnicilor de relaxare

Tehnicile de relaxare propuse se constituie în metode eficiente de intervenţie nu doar pentru remiterea simptomelor generate de o situaţie anxiogenă şi/sau stresantă ci şi pentru prevenirea acestora şi îmbunătăţirea performanţelor oamenilor în situaţii în care starea de relaxare este un factor ce poate creşte eficienţa. Cercetările actuale se focalizează în special asupra circumscrierii profilului psihologic al oamenilor care pot obţine beneficii printr-o tehnică de intervenţie sau alta, precum şi asupra modului în care tehnicile pot fi combinate în scopul creşterii eficienţei lor (Marian, 2004 b, p. 141).

Practicarea prescripţiei (temei de casă) este o parte esenţială a oricărui act de generalizare. Cele mai multe cercetări recomandă prescripţia/tema. Cercetătorii care prescriu tema consideră că ea este esenţială pentru învăţarea procedurii. Treptat întăririle acordate pentru training-ul relaxării trebuie să scadă, cele concrete să devină cu timpul sociale şi apoi acestea să fie acordate tot mai sporadic. Totuşi, eliminarea prematură a acestor întăriri poate conduce la creşterea riscului de a nu mai realiza prescripţia interşedinţe în special în cazul adolescenţilor (Marian, 2004 b, p. 141).

Capitolul VI

TERAPII COGNITIV-COMPORTAMENTALE

Mihai Marian, Simona Trip, Gabriel Roşeanu,

Carmen Bora şi Adina Manea

VI.1. Fundamente ale terapiilor cognitiv - comportamentale

VI.2. Terapia Cognitivă
- VI.2.1. Fundamente ale terapiei cognitive
- VI.2.2. Conceptualizarea sănătăţii şi a tulburărilor psihice
- VI.2.3. Prelucrarea informaţiei
- VI.2.4. Gândurile automate negative
- VI.2.5. Schema cognitivă
- VI.2.6. Formarea tulburărilor psihice
- VI.2.7. Obiective ale terapiei cognitive
- VI.2.8. Stilul terapeutic
- VI.2.9. Strategii terapeutice şi tehnici de intervenţie
- VI.2.10. Procesul schimbării în terapia cognitivă
- VI.2.11. Limite ale terapiei cognitive

VI.3. Antrenamentul de Inoculare a Stresului (S.I.T.)
- VI.3.1. Training-ul autoinstrucţional
- VI.3.2. Restructurarea cognitivă
- VI.3.3. Eficacitatea tratamentului

VI.4. Training-ul rezolvării de probleme
- VI.4.1. Fazele procesului rezolutiv

VI.5. Terapia Raţional - Emotivă şi Comportamentală
- VI.5.1. Aspecte teoretice
- VI.5.2. Modelul A. B. C. D.
- VI.5.3. Nivele ale cogniţiilor
- VI.5.4. Achiziţionarea şi perpetuarea credinţelor iraţionale
- VI.5.5. Clasificări ale credinţelor iraţionale
- VI.5.6. Psihopatologia din perspectiva R.E.B.T.
- VI.5.7. Obiectivele R.E.B.T. şi schimbarea terapeutică

VI.5.8. Stilul terapeutic
VI.5.9. Relaţia terapeutică
VI.5.10. Tehnici şi strategii de intervenţie
VI.5.11. Limite ale R.E.B.T.

VI.6. Educaţia raţional emotivă şi comportamentală
VI.6.1. Caracteristici
VI.6.2. Programe de educaţie raţional emotivă
VI.6.3. Aplicaţii ale educaţiei raţional - emotive şi comportamentale pentru elevi
VI.6.4. Aplicaţii ale educaţiei raţional-emotive şi comportamentale pentru părinţi
VI.6.5. Aplicaţii ale educaţiei raţional-emotive şi comportamentale pentru profesori

VI.7. Terapia Schemei
VI.7.1. Aspecte teoretice
VI.7.2. Caracteristici esenţiale ale schemelor
VI.7.3. Originea schemelor
VI.7.4. Operaţiile schemelor
VI.7.5. Stiluri de coping şi comportamente dezadaptative
VI.7.6. Obiectivele terapiei schemei
VI.7.7. Procesul terapeutic
VI.7.8. Etapa de evaluare şi educare
VI.7.9. Etapa de schimbare
VI.7.10. Relaţia terapeutică
VI.7.11. Limite ale terapiei schemei

VI.1. FUNDAMENTE ALE TERAPIILOR COGNITIV-COMPORTAMENTALE

Dorinţa de schimbare în ceea ce priveşte aplicaţia psihologiei în practica clinică a fost propulsată în parte de comportamentalişti, care odată cu acceptarea noii perspective a teoriei învăţării au fost interesaţi de investigarea felului în care cogniţiile pot fi tratate ca şi comportamente şi cum ar putea fi condiţionate sau decondiţionate. Strickland (2001) susţinea că fenomenul modelării poate fi înţeles mai degrabă din perspectivă cognitivă decât dintr-o perspectivă strict comportamentalistă. În 1955, Kelly arăta că oamenii caută să dea lumii sens şi fiecare individ va utiliza constructe proprii în ceea ce priveşte perspectiva asupra realităţii printr-un proces de experimentare. Un pas important în direcţia abordării cognitive a fost determinat de semnificaţia acordată expectanţei şi atribuirii în condiţionare. Desigur, aceste noi orientări au condus la implementarea în practica clinică a terapiilor cognitiv-comportamentale care deşi diferite din punct de vedere teoretic pornesc de la asumpţii comune şi nu rareori este dificil de a face distincţia dintre acestea în ceea ce priveşte tehnicile utilizate în practica clinică.

Cele mai multe dintre modelele aplicative ale psihologiei cognitive cu privire la organizarea şi funcţionarea psihicului uman au apărut în cea de-a doua jumătate a secolului XX. Un rol important în acea perioadă (dar şi în prezent) a fost jucat de modificările cognitiv-comportamentale (M.C.C.) promovate de Meichenbaum care aplica într-o manieră ingenioasă comportamentalismul şi psihologia cognitivă.

Terapia cognitiv-comportamentală este o abordare a terapiei comportamentale care încearcă să ajute indivizii să se adapteze prin modificarea gândurilor (cogniţiilor) şi a comportamentului (Strickland, 2001). Terapia implică aplicarea atât a tehnicilor de schimbare comportamentală cât şi psihologia cognitivă care pune accent pe efectele gândurilor asupra comportamentului. Terapia cognitiv-comportamentală năzuieşte să schimbe conceptele eronate, creşterea autocontrolului, întărirea abilităţilor de coping şi stimularea autoreflecţiei constructive.

O asumpţie fundamentală a tuturor modelelor cognitive clinice este aceea că procesele cognitive *mediază* toate răspunsurile comportamentale şi emoţionale. Factorii cognitivi sunt văzuţi ca fiind necesari dar nu şi suficienţi în producerea stărilor afective. Totuşi, procesele cognitive joacă un rol hotărâtor în precipitarea şi menţinerea stărilor psihologice maladaptative, dar nu fără a fi recunoscut rolul cauzal în etiologia tulburărilor afective al factorilor genetici, biologici, de mediu şi de dezvoltare (Beck, 1967; 1976).

Deşi nu este acceptată o singură teorie în cadrul perspectivei cognitiv-clinice, totuşi o mare varietate de constructe cognitive au ţintit modificarea nivelelor de analiză. Modelele sunt diferite în funcţie de modul în care subliniază conceptele cognitive, perspectiva lor asupra conceptelor interrelaţionate şi cum ar putea media arousal-ul emoţional.

Ingram şi Kendall (1986) au întocmit un sistem taxonomic pentru categorizarea variatelor constructe utilizate de modelele cognitiv - clinice (de exemplu, variabile cognitive organizate după structura cognitivă, operaţii sau produs; deşi unele variabile ar putea intra în multe categorii). Aici se impun câteva clarificări: *structura cognitivă* se referă la maniera în care informaţia este organizată intern, în timp ce propoziţiile sunt conţinuturi stocate în aceste structuri. *Operaţiile cognitive* se referă la procesul prin care componentele sistemului de prelucrare a informaţiei interacţionează, iar *produsele cognitive* sunt privite ca rezultate ale funcţionării sistemului de prelucrare a informaţiei.

Pentru a-şi asigura supravieţuirea, fiinţa umană evoluată şi-a elaborat un sistem de prelucrare a informaţiei din mediu, activând constructe ale propriei realităţi prin selectarea, transformarea, stocarea şi codificarea informaţiei. În stările psihopatologice, în sistem sunt prezente o serie de distorsiuni care pot determina o schimbare în aparatul de prelucrare a informaţiei. De pildă, persoanele anxioase supraestimează gradul ameninţării asociate cu situaţii şi îşi subestimează propriile abilităţi de ajustare.

Adesea sunt enumerate în literatura de specialitate trei scopuri majore în strategiile de schimbare cognitivă. Primul este corectarea distorsiunilor cognitive şi îmbunătăţirea evaluării de sine a pacientului. Al doilea este reducerea anxietăţii asociate acestor distorsiuni cognitive, iar al treilea este schimbarea comportamentului observabil. Strategiile cognitiv-comportamentale sunt utile pentru a intermedia dobândirea comportamentului adaptativ şi îmbunătăţirea autoevaluării, iar fiecare dintre ele în parte intermediază dobândirea celuilalt.

Terapia diferă de alte forme de intervenţie psihologică prin următoarele direcţii:

1) intervenţia este structurată şi practicată de un terapeut activ care expune direct metodele de coping;
2) este concentrată asupra problemelor specifice, nu asupra defenselor inconştiente;
3) este o formă de intervenţie orientată spre rezultate, scurtă şi acceptată uşor de către pacienţi;
4) susţinută de experimente şi studii clinice replicate.

Mai multe paradigme cognitive (care se suprapun în parte), pot fi utilizate în abordarea terapeutică. Prima este Antrenamentul de Inoculare al Stresului (S.I.T.) dezvoltat de Meichenbaum în 1977. Pacienţii au posibilitatea să înveţe principii generale, cum ar fi: rezolvarea de probleme, procesarea creativă sau toleranţa la frustrare ca rezultat al muncii sistematice în cazul sarcinilor complexe cu ajutorul autoinstrucţiunilor. Prin autoîntărire pacienţii se recompensează după repetarea corectă a setului de autoinstrucţiuni şi a comportamentelor asociate.

O altă strategie cognitivă este reprezentată de *restructurarea cognitivă.* Distorsiunile cognitive sau aserţiunile dezadaptative sunt identificate şi înlocuite sistematic (Beck, 1976). Paşii principali în această

strategie sunt: evaluarea distorsiunilor cognitive de către pacient şi înlocuirea acestora cu afirmaţii personale, logice şi autoelevatoare. Modelarea cognitivă a răspunsului sau autoinstruirea pot fi de asemenea utilizate în acest proces.

Training-ul de autoinstruire şi restructurarea cognitivă pot fi considerate strategii de învăţare a cogniţiilor şi comportamentelor de coping adaptativ. O altă strategie de coping, care nu este doar cognitivă, dar foloseşte tehnici cognitive în aplicarea sa, este tehnica relaxării. Pacienţii sunt învăţaţi să aplice tehnicile de relaxare în diferite stări (anxietate, furie, durere etc.) în funcţie de problema cu care se confruntă. Relaxarea este învăţată mai întâi prin intermediul tehnicii de tensionare şi relaxare alternată sau succesivă a grupelor de muşchi.

Etape ale terapiei cognitiv-comportamentale

Terapia vizează asumpţiile de incontrolabilitate şi expectanţele negative care apar. Cu alte cuvinte, pacientul va fi învăţat să-şi restructureze şi să-şi schimbe răspunsurile condiţionate, oferindu-i-se mijloacele pentru a le percepe ca distorsiuni şi pentru a le schimba. Când aceste distorsiuni de gândire sunt recunoscute şi anihilate, argumentele şi strategiile învăţate vor fi internalizate pentru a face faţă în viitor evenimentelor negative.

Practic, se parcurg următorii paşi:

a) *listarea gândurilor dezadaptative*;
b) *contra-argumentarea*: pacientul va fi invitat să găsească cât mai multe contraargumente acestor gânduri, încercând să dovedească falsitatea acestora;
c) *considerarea alternativelor şi implicaţiile*: va fi subliniat faptul că situaţiile de viaţă sunt adesea complexe şi pluricauzale precum şi consecinţele gândurilor şi comportamentelor actuale, apoi vor fi căutate explicaţii şi modele de reacţie alternative;
d) *utilitatea*: pacientul va fi învăţat ca în unele situaţii în care nu poate contraargumenta este indicat să încerce acest lucru ulterior.

În prima etapă pacientul va fi învăţat să-şi recunoască gândurile automate atunci când apare un eveniment negativ sau o situaţie de confruntare căreia consideră că nu-i poate face faţă (se recurge la automonitorizare).

În următoarea etapă vor fi disputate aceste gânduri aducându-se dovezi contrare (pot fi aduse dovezi din trecutul pacientului sau se poate recurge la experimente comportamentale, de asemenea pacientului îi va fi explicată tendinţa sa de generalizare sau alte erori „logice" pe care le face). Adesea se recurge la tehnici de distragere dinspre gândurile ce provoacă emoţii negative puternice care împiedecă performanţa comportamentală.

Pacientul va fi informat asupra relaţiilor dintre comportament şi consecinţele sale - în scopul reducerii culpabilizării şi a implicării emoţionale negative, apoi i se vor oferi alte explicaţii pentru eşec crescând astfel sentimentul de control al pacientului.

Alte metode utilizate în terapia cognitiv-comportamentală sunt *experimentul comportamental* (care demonstrează pacientului că percepţiile şi convingerile sale pot fi eronate) şi *jocul de rol.* În cazul jocului de rol pacientul este invitat să răspundă la o întrebare iar terapeutul contraargumentează în mod deliberat, apoi rolurile se inversează, în final, va fi subliniat faptul că pacientul poate în acest mod să-şi contraargumenteze propriile gânduri.

Cercetarea în domeniul psihoterapiei comportamentale şi cognitive acreditează următoarele puncte esenţiale pentru ca un tratament să fie un succes: a. clar, simplu şi să testeze teoria; b. schimbările petrecute să fie solide; c. testat empiric; şi d. aplicabil atât adulţilor cât şi copiilor şi adolescenţilor.

Autoeficacitatea

Autoeficacitatea, este formată din credinţa conform căreia putem stăpâni o situaţie şi putem produce rezultate pozitive. Conform teoriei învăţării sociale a lui A. Bandura, autoeficacitatea este importantă în dezvoltarea comportamentelor pozitive. Bandura (2000) consideră că autoeficacitatea este cheia succesului terapeutic. La fiecare pas al procesului terapeutic, oamenii au nevoie de sprijin pentru propriile confidenţe spunându-şi adesea: „Pot stăpâni problema"; „Pot să o fac"; „Mă perfecţionez"; „Mă simt mai bine" etc. Oamenii îşi sporesc siguranţa şi se angajează în comportamente adaptative, succesul devenind o motivaţie intrinsecă (Bandura şi colab., 1969; Bandura, 2000).

În ultimii ani în grupul terapiilor cognitive s-au impus terapiile colaborativ-empirice (*Terapia cognitivă* a lui Beck şi *Antrenamentul de Inoculare a Stresului* – Meichenbaum), terapia filosofic-constructivistă (*Terapia Raţional - Emotivă şi Comportamentală* a lui Ellis) şi *Terapia schemei* (Young).

VI.2. TERAPIA COGNITIVĂ

VI.2.1. Fundamente ale terapiei cognitive

Subcapitol se va concentra asupra terapiei cognitive a lui Beck, însă multe dintre aspectele teoretice şi clinice ce vor fi descrise sunt împărtăşite şi de alte forme ale terapiei cognitiv-comportamentale.

Evoluţia modelului cognitiv şi a terapiei cognitive poate fi cel mai bine înţeleasă din perspectiva unor note autobiografice. Terapia cognitivă a apărut gradat, ca rezultat al experienţei clinice şi a cercetării. Această evoluţie poate fi discutată pornind de la câteva etape marcate de un număr de situaţii inedite, trăite de A. T. Beck.

A. T. Beck (1991) afirma că prima incursiune în domeniul cogniţiei s-a produs în momentul în care analiza o pacientă (în acea perioadă de timp Beck practica psihoterapia dinamică) care îi fusese trimisă cu diagnosticul de depresie. Beck înţelegea că o sumă de gânduri apar automat şi îi cere pacientei să observe ce alte gânduri apar cu puţin înainte de trăirea unei anumite emoţii cum ar fi tristeţea, bucuria, furia etc. Pacienta reuşea acest lucru şi de cele mai multe ori a fost capabilă să relateze gândurile automate.

Pe măsură ce materialul clinic (observaţiile) asupra gândurilor automate se acumula A. T. Beck ajungea să stabilească elementele de bază ale terapiei cognitive. Astfel se conturează două sisteme de gândire, unul îndreptat către ceilalţi constând în gânduri şi emoţii diverse care sunt comunicate uzual altor oameni – modul conversaţional şi al doilea este cel al propriului sistem de semnalizare constând în automonitorizare, autoinstruire şi autoavertizare. Cel de-al doilea include de asemenea, interpretări rapide, automate ale evenimentelor, autoevaluări şi anticipări. Funcţia acestuia este mai degrabă de a comunica cu sine decât cu ceilalţi.

A. T. Beck susţinea că sistemul intern de comunicare este sursa celor mai multe dintre problemele pacienţilor. Pacienţii fac erori în interpretarea experienţelor personale precum şi în felul în care fac predicţii şi planuri de acţiune. Învăţarea pacienţilor să observe şi să relateze fluxul gândurilor nerelatate a constituit prima bază de date pentru o nouă abordare a psihopatologiei şi psihoterapiei (*apud* Beck, 1991). Materialul brut a stat la baza construirii unei teorii a psihopatologiei şi în acelaşi timp a terapiei cognitive.

Negativitatea depresiei tinde să stăpânească sistemul de comunicare intern al pacienţilor (reprezentat de autoevaluări, atribuiri, expectanţe, evocări, concluzii etc.) şi se manifestă prin stimă de sine scăzută, autoreproşuri, autocritică, predicţii negative, interpretări negative ale experienţelor, amintiri neplăcute etc. În situaţii inconfortabile pacienţii depresivi sunt înclinaţi să recurgă la interpretări negative, atunci când una pozitivă pare a fi mai adecvată. Altfel spus, nu numai că îşi amplifică experienţele neplăcute, dar etichetează ca negative experienţele personale pe care alţii le-ar fi considerat pozitive.

Cea mai importantă ipoteză psihanalitică în legătură cu depresia a fost elaborată de către Freud în 1946 în lucrarea *„Doliu şi melancolia"* unde postula faptul că depresia este o manifestare a agresivităţii. Cercetarea se axa asupra a două chestiuni, prima, unde trebuie căutată agresivitatea şi, a doua, cum poate fi ea măsurată. Reunind visele, gândurile automate şi imaginile, cercetarea cognitivistă din etapa de debut reuşeşte să stabilească semnificaţia evenimentelor din viaţa fiecărui pacient. Astfel, conceptul de nevroză este reformulat prin prisma modelului cognitiv:

a. depresia este expresia viziunii negative a pacientului despre sine, viitor şi despre experienţele sale (triada cognitivă negativă);
b. anxietatea reprezintă teama de întâmplări viitoare neplăcute;
c. fobiile sunt temeri specifice faţă de ceea ce se poate întâmpla rău într-o situaţie determinată sau într-un complex de circumstanţe (de exemplu: a ţine o cuvântare);
d. tulburarea obsesiv-compulsivă înglobează frica de un eveniment neplăcut care s-ar putea întâmpla dacă pacientul nu recurge la măsuri preventive.

Modelul cognitiv şi terapia cognitivă oferă o cale mai simplă, mai directă pentru sistematizarea şi înţelegerea datelor clinice decât reuşea să o facă psihanaliza. În plus, informaţiile pot fi testate şi uşor de învăţat. Diferenţa majoră dintre cele două modele constă în stabilirea primatului cogniţiei şi motivaţiei. Modelul motivaţional care părea a fi central în teoria psihanalitică cerea o infrastructură complexă pentru a explica atât fenomenul tulburărilor psihice, cât şi comportamentul normal. Spre exemplu, de ce devin oamenii depresivi ? Evident ei nu-şi doresc în mod conştient să fie deprimaţi şi nici nu aplică în mod conştient anumite mecanisme pentru a ajunge în această stare. Conform modelului motivaţional, trebuie invocate procese inconştiente. S. Freud s-a concentrat asupra agresivităţii inconştiente. Această ipoteză funcţionează, dar numai dacă se interpun „mecanisme de apărare" specifice între agresivitatea inconştientă şi trăirea şi manifestarea depresiei. În conformitate cu această teorie, agresivitatea inconştientă era adesea îndreptată împotriva unei persoane iubite (poate chiar decedate). Agresivitatea este inacceptabilă; la fel şi sentimentul de culpă generat de ea. În consecinţă, agresivitatea se întoarce împotriva sinelui. Altfel spus, presiunea agresivităţii este prea mare pentru a fi pur şi simplu reprimată. Drept urmare este nevoie de o altă ţintă, iar în acest caz propria persoană.

Terapia cognitivă identifică un număr de asumpţii în legătură cu natura umană (McKay şi Tryon, 2002):

1. Persoana este văzută ca fiind un agent activ care interacţionează cu alţii şi cu lumea.
2. Interacţiunea are loc prin interpretări, inferenţe şi evaluări ale persoanei îndreptate spre propriul mediu.
3. Rezultatele acestor procese cognitive sunt accesibile conştiinţei în forma gândurilor sau a imaginilor deci, persoana dispune de posibilitatea de a le schimba.

Terapia cognitivă consideră (comparativ cu terapia comportamentală) că emoţiile şi comportamentele sunt mediate de procese cognitive. De asemenea, terapia cognitivă se distinge faţă de psihanaliză prin importanţa acordată semnificaţiilor conştiente mai degrabă decât inconştientului.

Răspunsul comportamental este de asemenea dependent de interpretări, astfel în situaţia în care o situaţie este percepută ca fiind ameninţătoare persoana ar putea încerca să o evite. Un concept important în perspectiva lui Beck asupra comportamentului normal şi disfuncţional este noţiunea de „domeniu personal". Acesta reprezintă un conglomerat format din acţiuni reale sau abstracte care sunt importante pentru oameni în general cum ar fi propria familie, posesiunea, sănătatea, statutul, valorile şi obiectivele. Fiecare persoană dispune de un set propriu de itemi în propriul domeniu personal.

VI.2.2. Conceptualizarea sănătăţii şi a tulburărilor psihice

Modelul cognitiv consideră tulburările psihice ca fiind rezultatul unor disfuncţii în procesul de interpretare şi de evaluare a experienţei. Cea mai mare parte din timp oamenii sunt capabili să prelucreze informaţia corect sau cel puţin cu o uşoară înclinaţie spre partea pozitivă (biasare pozitivă). În această direcţie există studii consacrate care au dovedit înclinaţia subiecţilor nondepresivi de a face atribuiri interne pentru succes însă externe pentru insucces (Abramson, Seligman şi Teasdale, 1978; Alloy şi Ahrens, 1987; Seligman, Peterson şi Maier, 1993). În cazul tulburărilor emoţionale prelucrarea informaţională este înclinată adesea în direcţia negativă.

Oamenii sunt capabili să funcţioneze eficient şi să rezolve problemele cu care se confruntă în mod raţional, sănătatea psihologică solicită abilitatea de a testa în realitate soluţiile găsite la problemele personale. Prin contrast, în cazul tulburărilor psihice oamenii aderă la modalităţile dezadaptative de gândire care sunt adesea absolutiste, globale şi evaluative. Astfel, de exemplu, o persoană depresivă care nu a avut succes în ocuparea unui post de „portar" se va eticheta pe sine ca fiind neputincioasă şi va concluziona că niciodată nu va fi capabilă să ocupe un post, va rumina excesiv / medita asupra interviului focalizându-se asupra acelor lucruri care în perspectiva lui nu au mers aşa cum ar fi dorit fără să se gândească la factorii pozitivi.

VI.2.3. Prelucrarea informaţiei

Beck în a doua jumătate a secolului trecut identifica *„erorile logice"* care caracterizează gândirea persoanelor cu tulburări emoţionale. Astfel, tendinţa de a distorsiona informaţia în mod repetat într-o direcţie dezadaptativă este unul dintre factorii care decelează indivizii care dispun de sănătate psihică de cei tulburaţi psihic.

Distorsiuni cognitive (*apud* Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw şi Emery, 1979) sunt:

1. Gândirea dihotomică. Persoana plasează evenimentele în categorii opuse: „alb sau negru", „bine sau rău", „tot sau nimic" etc.

2. Atenţia selectivă şi abstractizarea. Persoana percepe numai acele aspecte ale unui eveniment care întăresc setul cognitiv negativ, prin aceasta blocând informaţiile contradictorii din afară.

3. Minimalizarea şi maximizarea. Evenimentele şi informaţiile pozitive sunt minimalizate de către persoană şi reduse la maximum, pe când informaţiile şi evenimentele negative sunt exagerate fără a fi proporţionate cu evenimentul curent.

4. Personalizarea. Evenimentele negative sunt asumate, persoana se autoblamează chiar şi pentru evenimente incontrolabile.

5. Suprageneralizarea. Persoana emite judecăţi, generale ca evidenţe pentru un singur eveniment.

6. Inferenţa arbitrară. Persoana concluzionează cu insuficient suport (evident) în legătură cu un eveniment.

Pacienţii depresivi în mod special tind să facă predicţii negative asupra unor sarcini concrete pe care le-ar putea întreprinde şi se aşteaptă la rezultate negative pe termen lung cu privire la viaţa lor în general. Un nivel înalt al acestor expectanţe negative (sau lipsă de speranţă cum considera Abramson, Alloy şi Metalsky, 1989) pare a fi un factor predictiv pentru suicid. Mai târziu, Beck, pe baza materialului clinic oferit de către pacienţi încadrează temele în „triada cognitivă negativă" adică viziune negativă asupra propriei persoane, asupra propriului univers şi asupra viitorului. Pe parcursul primelor şedinţe de psihoterapie un pacient depresiv adesea indiferent dacă priveşte spre trecut sau spre viitor, tot ceea ce poate vedea este eşecul, frustrarea şi inadecvarea personală.

Pentru a explica specificitatea gândirii negative, Beck postulează „schimbarea cognitivă negativă" care persistă numai pe durata depresiei. În conformitate cu această teză, când pacientul intră în depresie se produce o schimbare în organizarea cognitivă astfel încât multe din informaţiile pozitive relevante pentru pacient sunt excluse (blocada cognitivă), în timp ce informaţiile negative relevante sunt admise şi amplificate (McKay şi Tryon, 2002; Filimon, 2002).

Prin urmare indivizii sănătoşi psihic interpretează şi evaluează relativ acurat evenimentele însă, în nici un caz indivizii care dispun de sănătate psihică nu gândesc permanent raţional şi nu acţionează totdeauna în consecinţă.

În cazul depresivilor Beck susţinea că aceştia au o perspectivă negativă asupra lor înşişi, lumii şi viitorului (*apud* Herndon, 2001).

VI.2.4. Gândurile automate negative

Oamenii cu tulburări psihice sunt predispuşi frecvent gândirii disruptive numită adesea „*gândire automată negativă*". Acestea sunt gânduri spontane sau imagini care sunt plauzibile atunci când pacientul le experimentează, însă în

fapt acestea sunt nerealiste. De exemplu, o persoană depresivă şi-ar putea spune: „Sunt inutil, nu am făcut niciodată nimic bun, chiar că sunt un nimic". Cu toţii experimentăm uneori astfel de gânduri însă acestea sunt mult mai frecvente la persoanele cu tulburări psihice.

VI.2.5. Schema cognitivă

Perturbarea conţinutului gândirii unei persoane (gândurile automate) şi a direcţiei de prelucrare a informaţiei (distorsiuni cognitive) este explicată în termenii unei structuri cognitive de bază sau *schemata*, care determină percepţia şi interpretarea evenimentelor (Beck şi colab., 1979; Beck, 2002; McKay şi Tryon, 2002). Schemata cognitivă este „şablonul" care dă sens lumii. Aceasta ne ajută să decidem ce anume este important şi ce anume va trebui înlăturat. În tulburările psihice structurile cognitive sunt rigide şi inflexibile. De exemplu, în cazul depresivilor triada cognitivă negativă produce o predispoziţie negativă în legătură cu lumea, viitorul şi cu sine. În cazul anxietăţii, schema determină selectivitatea atenţiei în direcţia evenimentelor care semnalizează pericole în mediu şi care vor ameninţa siguranţa sau salvarea. Acţionând ca şi un filtru, schema integrează şi organizează răspunsurile comportamentale.

Beck a văzut procesul anxietăţii ca produs al convergenţei sistemelor: biologic, psihologic şi social. Astfel, orice trăire a anxietăţii, este văzută ca reflectând contribuţiile necesare ale structurilor afective, fiziologice, comportamentale şi cognitive (Beck, Emery şi Greenburg, 1985; Filimon, 2002). Dintre aceste componente, Beck a nuanţat procesele cognitive şi procesele evaluative specifice ca variabile responsabile de producerea experienţelor patologice ale anxietăţii. Procesele evaluative sunt o formă relativ automatizată de procesări informaţionale care nu necesită o ghidare conştientă.

După Beck (*apud* Herndon, 2001), afirmaţiile cognitive încorporate în „schemata" (structuri cognitive), guvernând procesele anxietăţii, reflectă teme legate de pericole. Termenul pericol în linii mari poate include ameninţare, distres fizic etc. În conformitate cu acesta, când informaţia este evaluată iniţial, persoana va determina dacă informaţia reprezintă un pericol iminent. Formarea acestei impresii este cunoscută ca *evaluare primară* bazată adesea pe date incomplete şi astfel este potenţial bazată pe informaţii eronate, cu toate acestea ea exercită o influenţă semnificativă în procesarea ulterioară, prin stabilizarea expectanţelor pentru evaluarea ulterioară. Sublinierea (întărirea) pericolului imediat în evaluarea primară este sporită de o *evaluare secundară*, concordantă, în care o apreciere este întreprinsă prin disponibilitatea resurselor (fizice, psihologice, sociale), utile pentru ajustarea la situaţia ameninţătoare.

În cazul anxietăţii patologice, *„schemata"* este biasată sistematic, astfel încât sporeşte procesarea informaţiei care este percepută ca fiind ameninţătoare şi nonadaptativă.

Prin urmare, schema accesată susţine că anxietatea ar fi un complex natural al răspunsurilor biologice, psihice şi sociale la pericol. Schema construct pune în lumină aspectele psihologice ale anxietăţii ca veriga cea mai accesibilă clinic în lanţul evenimentelor ce conduc la o experienţă anxiogenă. Aceste mecanisme psihologice sunt duble: mai întâi caracteristicile informaţionale biasate ale structurilor cognitive primesc noi informaţii din mediu; în al doilea rând, evaluarea eronată a pericolului fundamentat pe aceste informaţii biasate conduce spre anxietatea disfuncţională.

VI.2.6. Formarea tulburărilor psihice

Beck consideră că există adesea o sumă de factori care predispun un individ tulburărilor emoţionale, încercând astfel să înglobeze factorii cognitivi cu alţi factori de ordin predispozant sau precipitator (cum ar fi factori genetici, boli somatice, traume ale dezvoltării etc.) pentru a dezvolta o teorie multifactorială a tulburărilor psihice. Factorii etiologici predispozanţi sau precipitatori operează asupra aparatului cognitiv la un moment dat.

Asumpţii fundamentale. Evenimentele trăite, traumele şi stresul trăite în perioadele timpurii de dezvoltare pot contribui la formarea credinţelor şi atitudinilor care fac persoana vulnerabilă tulburărilor psihice. Aceste credinţe rigide şi absolutiste devin cauza problemelor, prin urmare aceste credinţe sunt căi prin care persoana dă sens lumii în care trăieşte prin dezvoltarea unor concepţii în legătură cu ceea ce face lumea, cum funcţionează şi cum va fi aceasta (Beck, 2002). De exemplu, unele credinţe conduc spre anxietate: „Siguranţa mea depinde de felul în care mă voi pregăti pentru eventuale pericole", în timp ce alte credinţe conduc spre depresie: „Pot fi fericit numai dacă am succes în tot şi toate".

Evenimentele determină activarea asumpţiilor care devin principalul mod de interpretare a acestora. Constatăm adesea că aceste asumpţii devin relativ inobservabile atunci când persoana intră în faza de remisie a tulburării, însă reprezintă o sursă potenţială de vulnerabilitate. Este uşor de înţeles că terapia cognitivă a lui Beck urmăreşte corectarea prelucrării eronate a informaţiei precum şi modificarea asumpţiilor pentru a reduce vulnerabilitatea viitoare.

VI.2.7. Obiective ale terapiei cognitive

Terapia cognitivă are ca obiective:

1) eliberarea de simptome şi rezolvarea problemelor;
2) sprijinirea pacientului în formarea strategiilor de coping;
3) sprijinirea pacientului în modificarea structurilor cognitive de bază şi prevenirea recăderilor.

Terapia cognitivă este orientată spre problemă, ţintind încă din prima şedinţă asistarea pacientului în direcţia stabilirii şi clarificării priorităţilor. Terapeutul încearcă să aducă în prim plan simptomele sau problemele care sunt importante pentru pacient dar care pot fi abordate prin intervenţia terapeutică.

Terapia cognitivă poate fi văzută ca un proces de învăţare în care pacientul dobândeşte şi mai apoi practică modalităţile noi de ajustare în situaţii stresante. Cei mai mulţi pacienţi constată în timp că metodele terapeutice învăţate îi ajută şi în alte situaţii de viaţă asupra cărora terapia nu s-a focalizat.

Obiectivul primar este modificarea asumpţiilor maladaptative de bază sau a cogniţiilor dezadaptative (care vor suferi modificări în cazul în care sunt cauza problemelor).

Beck (2002) considera că cea mai eficientă terapie în cazul depresivilor implică patru faze:

1) pacienţii depresivi expun felul în care ei se etichetează, cum se văd ei înşişi;
2) pacienţii sunt deprinşi să observe când gândirea lor este distorsionată sau când gândesc disfuncţional;
3) pacienţii învaţă cum să substituie gândurile inadecvate cu unele adecvate;
4) pacienţii primesc feedback şi comentarii motivante din partea terapeutului pentru a stimula utilizarea în continuare a acestor tehnici.

Un aspect important al terapiei cognitive este studiul în legătură cu aceste distorsiuni cognitive şi practica rectificatoare a acestor distorsiuni (Beck şi colab., 1979; Beck, 2002).

Rezultatele studiilor Institutului Naţional de Sănătate Mentală din S.U.A. (N.M.H.) sprijină ideea că terapia cognitivă a lui Beck este cel mai eficient tratament al depresiei (Herndon, 2001). Aaron Beck a redus terapia la 16 săptămâni. Simptomele depresive au fost eliminate complet în mai mult de 50 de procente la pacienţii care au beneficiat de terapia cognitivă comparativ cu numai 29 procente ale unui grup de comparaţie (Clark şi Beck, 1989). Având în vedere că numai 29 procente din indivizii depresivi ai grupului de comparaţie au fost trataţi, cercetările şi N.M.H. au motive întemeiate să acorde credit terapiei cognitive, care produce remiterea simptomelor în mai mult de 50 procente.

VI.2.8. Stilul terapeutic

În terapia cognitivă sunt aplicate următoarele principii:

1. Concentrarea atenţiei pacienţilor asupra interpretărilor negative astfel încât să nu le perceapă ca realităţi ci ca ipoteze care pot: a. să fie evaluate prin prisma unor argumente, explicaţii alternative sau b. testate empiric. În acest caz un pacient care ajunge la concluzia că nimănui nu-i pasă de el, trebuie întrebat care este baza acestei concluzii, apoi dacă se dovedeşte că

a interpretat eronat anumite situaţii trebuie să i se ceară să-şi testeze concluziile în interacţiunile viitoare prin căutarea de argumente pro şi contra acestor ipoteze, stabilind criterii şi aplicând o analiză logică a datelor disponibile.

2. Convingerea pacienţilor să-şi examineze şi să-şi testeze ei înşişi gândurile automate (interpretările negative) poate comuta felul în care gândesc în termeni absoluţi („concluziile mele sunt corecte") într-un mod de gândire bazat pe întrebări („chiar sunt adevărate concluziile mele"?).

3. Abordarea pacientului în categoria „colaborare pe baze empirice" este principiul care diminuează rolul autoritar al terapeutului faţă de pacienţi determinându-i pe aceştia să lucreze împreună. Această relaţie interpersonală este importantă mai ales în cazul pacienţilor cu tulburări de personalitate. Beck şi colab. (1979) în acest context consideră că cel mai important aspect este stabilirea unei relaţii terapeutice bazate pe încredere reciprocă şi sensibilitate.

Cercetarea din domeniul psihoterapiei demonstrează adesea eficacitatea diverselor tipuri de terapii în reducerea distresului emoţional dar nu şi care pacienţi răspund cel mai bine unui anumit tratament. Astfel, pe baza experienţei clinice terapeuţii selectează pacienţii mai puţin pe fondul unor criterii ştiinţifice riguroase (excepţie de la regula menţionată fiind depresia în cazul căreia rezultatele cercetărilor demonstrează frecvent eficacitatea terapiei cognitive). Studiile arată cu certitudine că nivelul intelectual al pacienţilor nu corelează cu rezultatele intervenţiei, precum nici clasa socială.

Un alt factor care se consideră adesea că afectează rezultatele este măsura în care pacientul înţelege şi acceptă modelul cognitiv de intervenţie. Pacienţii care nu reacţionează la ideea că propriile gânduri au relevanţă pentru problema curentă nu pot fi abordaţi direct prin terapia cognitivă. Pe de altă parte există oameni care nu dispun de o capacitate introspectivă favorabilă intervenţiei cognitive.

În general este important ca terapeuţii să-şi dezvolte abilităţile interpersonale, iar tehnicile de intervenţie să fie aplicate în cadrul unei relaţii terapeutice dominate de empatie, căldură şi onestitate, componente esenţiale alături de capacitatea de reflectare cu acurateţe a componentelor cognitive şi emoţionale comunicate de pacienţi.

Cele mai multe calităţi descrise sunt importante în cazul oricăror forme de psihoterapie. Este suficient de greu de a trasa un profil al terapeutului cognitivist, poate unul dintre factorii esenţiali rămâne acceptarea modelului cognitiv.

Terapeutul învaţă pacientul să-şi monitorizeze procesul de gândire şi să testeze realitatea, de asemenea terapeutul va trata fiecare afirmaţie în legătură cu problema, ca pe o ipoteză. Terapia este empirică, structurată (cuprinde un scurt rezumat al şedinţelor anterioare şi al prescripţiilor dintre şedinţe) şi colaborativă în sensul că terapeutul şi pacientul testează ştiinţific ipotezele. Dryden (1993) afirma că prin colaborare în primul rând se va reduce conflictul, în al doilea rând sentimentul de autoeficacitate va spori atâta timp cât pacientul

va avea un rol activ, în al treilea rând colaborarea încurajează învăţarea tehnicilor care facilitează sprijinul pe propriile resurse şi care vor fi utile atunci când terapia va fi finalizată şi în al patrulea rând colaborarea permite şi întăreşte activismul pacientului pentru că acesta cunoaşte cel mai bine problema.

În terapia cognitivă pacientul şi terapeutul sunt parteneri în procesul de rezolvare a problemei însă terapeutul nu va fi directiv totdeauna dezvoltând cadrul potrivit în care pacientul să-şi aducă aportul prin feedback (Beck, 2002; McKay şi Tryon, 2002).

În debutul fiecărei şedinţe este de dorit ca terapeutul împreună cu pacientul să definească scopul fiecărei sarcini, paşii pentru atingerea scopului, feedback-ul furnizat şi criteriile pentru aprecierea atingerii scopului. Alte trăsături ale abordării cognitiviste includ: (a) stabilirea unei ordini de zi la începutul fiecărei şedinţe, (b) feedback solicitat pacientului la intervale delimitate în timp cum ar fi începutul şi sfârşitul şedinţei, (c) stabilirea prescripţiei interşedinţe cum ar fi citirea unor broşuri în legătură cu terapia cognitivă, realizarea activităţilor programate în fiecare zi şi consemnarea gândurilor disfuncţionale în fişele specifice.

VI.2.9. Strategii terapeutice şi tehnici de intervenţie

Clark şi Beck (1989) ierarhizează procesul de rezolvare a problemelor în cadrul terapiei cognitive, astfel:

- conceptualizarea problemei pacientului / clientului;
- alegerea unei strategii terapeutice;
- alegerea tehnicilor de intervenţie;
- evaluarea eficacităţii acestor tehnici de intervenţie.

Conceptualizarea. Terapia cognitivă are ca fundament teoria tulburărilor emoţionale. Blackburn (1987) consideră conceptualizarea ca fiind punctul de pornire în dezvoltarea strategiilor - metode generale de rezolvare a problemelor pacienţilor şi tehnicilor specifice de intervenţie.

Strategii terapeutice. Psihoterapeuţii preferă o modalitate particulară de formulare a cazului şi strategii care vor fi potrivite personalităţii pacientului. Astfel, Clark şi Beck (1989) descriu un set comun de strategii utilizate în cadrul terapiei cognitive:

a. *Distanţarea şi distragerea* sunt strategii utilizate pentru a ajuta pacientul să se detaşeze constant de cursul gândirii maladaptative. Distanţarea de gândurile automate reduce răspunsul emoţional negativ. Definirea problemelor şi explicaţia raţională a gândurilor negative ajută pacientul să dobândească o altă perspectivă. Distragerea contribuie la reducerea frecvenţei gândurilor automate ceea ce va veni în sprijinul angajării pacientului în activităţi mentale sau fizice care îi vor reorienta atenţia.

b. *Provocarea gândurilor automate.* Această strategie are ca obiectiv modificarea gândirii prin disputarea validităţii cogniţiilor. În acest caz tehnicile utilizate adesea sunt de ordin comportamental, cognitiv etc.

c. *Provocarea asumpţiilor fundamentale.* Strategia actualizează normele care însoţesc comportamentul maladaptativ al pacientului. Pentru a realiza acest lucru sunt necesare adesea tehnici comportamentale şi cognitive care vor explora avantajele şi dezavantajele asumpţiilor.

d. *Formarea abilităţilor.* Deşi există o tendinţă mai mult sau mai puţin explicită de a considera cele mai multe probleme ca fiind generate de gânduri inadecvate, totuşi unele dificultăţi trăite de pacient sunt generate de probleme reale. În acest caz terapia cognitivă poate fi utilă prin tehnici de rezolvare a problemelor, managementul timpului, antrenament asertiv etc.

Terapeuţii cognitivişti utilizează multe tipuri diferite de tehnici pentru a modifica gândirea, dispoziţia şi comportamentul pacienţilor, cum ar fi:

1. *cognitive*: identificarea, evaluarea şi modificarea gândurilor, imaginilor şi credinţelor;

2. *comportamentale*: monitorizarea activităţii şi planificarea, formarea de competenţe, gradarea sarcinilor, distragerea, expunerea şi prevenirea răspunsului;

3. *rezolvarea de probleme*: specificarea problemelor, răspunsul la gândurile automate şi credinţele care interferează cu rezolvarea de probleme, brainstorming şi alegerea soluţiilor, implementarea de soluţii şi evaluarea rezultatelor;

4. *emoţionale*: reglarea afectivă prin angajarea în activităţi, relaxarea, controlul respiraţiei, distragerea atenţiei, căutarea suportului, lecturarea notelor terapeutice;

5. *fiziologice*: medicaţie (dacă este indicată), exerciţii, reducerea consumului de cafea şi a altor droguri etc.

6. *interpersonale*: corectarea convingerilor defectuoase, învăţarea comunicării, asertivitate şi alte abilităţi sociale, rezolvarea problemelor interpersonale (prezenţa membrilor familiei sau a altor persoane importante în terapie, dacă este indicat);

7. *mediu*: cântărirea avantajelor şi dezavantajelor de a face modificări în mediul de viaţă sau de muncă (dacă este indicat), răspunsul la gândurile care interferează cu efectuarea modificărilor necesare;

8. *suportive*: demonstrarea empatiei, acceptarea şi înţelegerea corectă a realităţii pacienţilor prin intermediul răspunsurilor verbale şi non-verbale;

9. *experienţiale*: joc de rol; utilizarea tehnicilor imagistice ca răspuns gândurilor automate; inducerea imaginilor pentru a spori influenţa (pentru a descoperi cogniţii cheie) sau pentru a reduce afectele; restructurarea sensului evenimentelor traumatice prin re-trăirea amintirilor cheie în imaginar; tehnici din psihodramă;

10. *psihodinamice* - cum ar fi: analiza ideilor disfuncţionale despre terapeut sau terapie.

Aceste tehnici indiferent dacă sunt specific cognitive sau nu, duc la schimbări cognitive. Cu toate acestea, mare parte din munca terapeutică în

terapia cognitivă este consacrată în mod direct identificării şi modificării gândurilor incorecte sau disfuncţionale şi asumpţiilor.

Tehnici cognitive

Diferenţierea dintre metode poate fi arbitrară având în vedere faptul că acestea se suprapun parţial. Astfel, un terapeut ar putea utiliza mai multe tehnici cognitive sau comportamentale pentru provocarea gândurilor automate.

a. *„Chestionarea" Socratică.* Pentru a identifica şi a modifica gândurile maladaptative o abordare empirică şi colaborativă va trebui să fie pusă în practică, mai mult, pacientul şi terapeutul vor co-investiga ceea ce ar putea contribui la menţinerea problemelor interpretând şi evaluând (Beck, 2002). Desigur este un proces inductiv care ghidează descoperirea. Chestionarea relevă natura dezadaptativă a gândurilor automate ale pacientului.

b. *Identificarea gândurilor automate negative.* Terapeutul învaţă pacientul să observe şi să noteze gândurile automate. Această etapă a identificării gândurilor negative stimulează pacienţii să construiască legături între evenimente, gânduri automate negative şi tulburările emoţionale sau comportamentale.

Înregistrarea acestor gânduri de către pacient are valenţe terapeutice reducând adesea frecvenţa acestora, astfel persoana tulburată se va concentra asupra înregistrării acestor gânduri şi nu va permite cu uşurinţă desfăşurarea automată a setului de gânduri perturbatoare.

c. *Stoparea gândurilor.* Tehnica stopării gândurilor este proiectată pentru a reduce frecvenţa şi durata gândurilor perturbatoare prin întreruperea fluxului acestora şi substituirea cu unele agreabile. Prin această tehnică se urmăreşte reducerea ruminărilor obsesive, ideaţiei depresive sau a ideaţiei autodepreciatoare (McKay şi Tryon, 2002; Beck, 2002).

Stoparea gândirii parcurge două faze: în primul rând întreruperea gândului perturbator şi schimbarea acestuia cu unul plăcut. Când gândul perturbator se produce pacientul va spune „Stop!". Acest cuvânt va fi pronunţat tare şi însoţit de lovirea unui obiect (de exemplu masa). Cu toate că a spune „Stop!" întrerupe şirul gândurilor perturbatoare alţi stimuli pot fi utilizaţi, cum ar fi o imagine care semnifică un stop rutier sau un sunet strident. În cele mai multe cazuri terapeuţii fac o demonstraţie a felului în care funcţionează tehnica solicitând pacienţilor să detalieze gândurile perturbatoare timp în care terapeutul va spune tare „Stop!". În urma acestei intervenţii pacientul este invitat să descrie experienţa. În cele mai multe cazuri pacienţii declară că acele gânduri perturbatoare au dispărut imediat.

În cazul în care stoparea şirului gândurilor perturbatoare nu este dublat cu o altă experienţă acestea se instalează din nou. În faza a doua pacienţii sunt instruiţi ca în urma stopării gândurilor să substituie acestora un gând opus, adaptativ.

Tehnica stopării gândurilor este utilizată pentru eliminarea unor probleme specifice şi este parte a pachetului de tratament.

d. *Modificarea gândurilor automate negative*. În urma identificării gândurilor perturbatoare pacientul va fi învăţat cum să modifice conţinutul acestora. Clark şi Beck (1989) descriu un set de metode terapeutice care pot fi utilizate în procesul de schimbare al gândirii negative:

1. *Testarea realităţii*. Este o metodă de restructurare cognitivă prin care pacientul este învăţat să chestioneze evidenţele expuse pentru gândurile sale automate.

2. *Căutarea alternativelor*. Oamenii care traversează tulburări emoţionale şi mai cu seamă disforicii şi depresivii întâmpină dificultăţi în examinarea opţiunilor. O alternativă poate fi comutarea atenţiei, astfel terapeutul va întreba pacientul despre explicaţiile sau soluţiile alternative şi va continua până ce acesta va genera mai multe soluţii posibile (Beck, 2002). Este cunoscut faptul că primele alternative vor fi negative însă în timp ce le expune se constată orientarea spre alternative constructive.

3. *Reatribuirea*. Este o formă de cercetare a alternativelor care implică reatribuirea cauzelor sau a responsabilităţii pentru un eveniment. De exemplu, un pacient care experimentează o scădere a capacităţii mnezice ar putea fi deprimat considerând aceasta un semn al degradării sale şi astfel sporind dispoziţia depresivă. Terapeutul în acest caz va recurge la chestionare şi experimentare precum şi la sprijinirea pacientului în demersul său de reatribuire a cauzelor acestei experienţe unor trăiri sau unei focalizări extreme (McKay şi Tryon, 2002).

4. *Avantaje şi dezavantaje*. Această tehnică stimulează pacientul să gândească în perspectivă. Adesea unele decizii sunt dificile sau sunt percepute în această manieră, pacientul prin urmare va fi stimulat să listeze avantajele şi dezavantajele menţinerii comportamentului dezadaptativ sau ale unui curs particular al unei manifestări.

Tehnici comportamentale

Kazdin (1994) consideră tehnicile comportamentale ca fiind de o importanţă majoră în terapia cognitivă prin schimbarea directă a comportamentelor fiind totodată baza (intervenţii pe termen scurt) schimbărilor majore la nivel cognitiv. Sarcinile comportamentale activează schimbările cognitive prin distragerea pacientului din direcţia gândurilor automate şi pun sub semnul întrebării cogniţiile maladaptative direct prin experimentare.

Din punct de vedere teoretic şi aplicativ tehnicile comportamentale sunt utilizate frecvent în debutul terapiei atunci când pacienţii sunt profund afectaţi (de exemplu, depresie gravă) şi nu sunt capabili să valorifice tehnicile cognitive.

Vom prezenta câteva tehnici care sunt utilizate frecvent în terapie şi care cresc aderenţa la terapia cognitivă:

a. *Planificarea activităţilor*. Tehnica urmăreşte planificarea fiecărei ore şi a ceea ce face pacientul. Ca şi în cazul tuturor procedurilor terapiei cognitive este necesar să fie explicat clar raţionamentul sarcinii prescrise

precum şi unele aspecte de detaliu. Sarcina poate fi privită ca un experiment cu scopul de a stabili dacă activităţile vor îmbunătăţi dispoziţia. De exemplu, un pacient care acuză insomnii de adormire va fi încurajat să spele vasele între orele 22^{00} şi 23^{00} o singură zi decât să pună în aplicare această sarcină în fiecare zi timp de o săptămână. Sarcina va fi discutată la începutul şedinţei următoare alături de alte sarcini care au fost cuprinse în plan ca prescripţii comportamentale între şedinţe.

b. *Evaluarea satisfacţiei.* Pacientul va aprecia cât de mult consideră că a stăpânit (control sau realizări, sentimente de succes) sau cât de plăcută a fost sarcina (adesea pe o scală de 1 la 10). Această tehnică poate fi utilizată în conjuncţie cu planificarea activităţilor.

c. *Gradarea sarcinilor.* Gândirea de tipul „tot sau nimic" poate fi schimbată prin intermediul sarcinilor gradate care vor creşte în complexitate şi dificultate. Pacienţii sunt adesea încurajaţi să fixeze obiective realiste care pot fi evaluate; urmărim prin acestea formarea unui şir de succese care vor conduce treptat la schimbarea setului de cogniţii dezadaptative.

d. *Experimente comportamentale.* Afirmaţiile pacienţilor sunt tratate asemănător ipotezelor de cercetare care vor fi testate. De exemplu, un pacient depresiv ar putea afirma că starea în care se află nu-i permite nici măcar să citească fiind tot timpul obosit. În acest caz pacientul este invitat să citească un paragraf scurt dintr-un cotidian. Pacientul va observa existenţa unui decalaj între afirmaţiile sale absolutiste şi realitate. O prelungire a experimentelor din cabinetul terapeutului sunt prescripţiile comportamentale în mediul pacientului care urmăresc fixarea abilităţilor sau creşterea în frecvenţă a comportamentelor dezirabile.

e. *Relaxarea.* Tehnicile de relaxare sunt utilizate frecvent în cazul pacienţilor care acuză probleme legate de anxietate. În prezent există un număr mare de tehnici de relaxare care se suprapun parţial sau cel puţin care promit efecte de lungă durată. Aceste tehnici au eficacitate numai prin asocierea lor cu tehnici de intervenţie comportamentale sau cognitive. Dintre tehnicile de relaxare se distinge relaxarea musculară progresivă (R.P.J.), antrenamentul autogen (A.A.), controlul respiraţiei, vizualizarea unor scene (imagini) plăcute şi meditaţia. În cazul terapiei cognitive, tehnicile de relaxare promovează sentimentul de control al simptomelor, furnizează monitorizarea corpului, asigură modalităţile de ajustare în direcţia reducerii stresului şi facilitează punerea în practică a experimentelor comportamentale.

VI.2.10. Procesul schimbării în terapia cognitivă

Cursul unei terapii cognitive este în mare parte dificil de trasat de vreme ce tehnicile şi metodele utilizate sunt dependente de problema pacientului. Blackburn (1987) şi alţi terapeuţi cognitivişti accentuează importanţa conceptualizării problemei pacientului, învăţarea modelului cognitiv şi reliefarea felului în care s-au format în trecut simptomele. Tehnicile terapeutice

de intervenţie urmăresc reducerea simptomelor, în primele şedinţe dominând tehnicile comportamentale. Pe măsură ce terapia progresează pacientul învaţă să-şi monitorizeze şi să modifice forma gândurilor automate negative. Un alt deziderat al terapiei cognitive este identificarea şi schimbarea asumpţiilor fundamentale precum şi prevenirea recăderilor. Aceste modificări infirmă concepţia distorsionată despre lume şi viaţă a pacientului.

Pacienţii vin adesea cu expectanţe nerealiste legate de terapie. Procesul schimbării nu este totdeauna lin. De asemenea, unii pacienţi întâmpină probleme în acceptarea modelului cognitiv (în special acele persoane cu tulburări psihosomatice) sau în înţelegerea conceptului de gânduri automate negative, terapeutul în aceste cazuri este necesar să extindă explicaţiile şi demonstraţiile (mai ales în cazul gândurilor automate negative şi a naturii acestora).

VI.2.11. Limite ale terapiei cognitive

Terapiile cognitive diferă de terapiile psihanalitice prin focalizarea clară asupra simptomelor şi nu asupra gândurilor inconştiente adânc înrădăcinate, prin furnizarea unei structuri a gândurilor individului şi prin faptul că este mai puţin interesată de originea problemei. Totuşi, terapiile cognitive sunt mai puţin adecvate decât terapiile comportamentale în utilizarea antrenamentului structurat în şedinţe care solicită exerciţii practice prescrise. Mai degrabă terapiile cognitive rămân fidele în mare parte formatului conversaţional. De asemenea sunt mai puţin interesate comparativ cu terapiile comportamentale de manipularea mediului pentru a creşte frecvenţa comportamentului adaptativ.

În ultimele decenii din ce în ce mai mulţi terapeuţi s-au focalizat asupra perspectivei cognitive în practica lor curentă. Două dintre cele mai importante terapii cognitive sunt terapia cognitivă a lui Aaron Beck şi terapia raţional emotivă a lui Albert Ellis.

Terapia cognitivă nu şi-a dovedit eficacitatea în mod substanţial în ameliorarea tulburărilor mentale severe (în special delirul şi halucinaţiile) la fel ca şi celelalte forme de tratament. Prin urmare limitele terapiei cognitive sunt în mare parte aceleaşi ca şi în cazul oricăror alte forme de terapie. Motivaţia pentru schimbare deşi este un construct important nu este întotdeauna accesibilă în terapie, pe de altă parte accentuarea prescripţiilor comportamentale (dintre şedinţe) şi a autoperfecţionării este limitată doar la unii dintre pacienţi.

Un avantaj al terapiei cognitive comparativ cu celelalte forme de terapie este angajamentul metodei ştiinţifice, aspect discutat în prima parte a capitolului.

VI.3. ANTRENAMENTUL DE INOCULARE A STRESULUI (S.I.T.)

Donald Meichenbaum în cercetările sale timpurii s-a concentrat asupra elevilor impulsivi şi adulţilor diagnosticaţi cu schizofrenie descoperind că aceştia îşi pot îmbunătăţi funcţionarea dacă sunt învăţaţi să vorbească cu ei înşişi sau să gândească cu voce tare.

Iniţial, el a reunit activitatea de cercetare a psihologilor sovietici Vîgotsky şi Luria cu modelul învăţării vicariante a lui Bandura şi principiile condiţionării operante, dezvoltând o metodă sistematică prin care învăţa copiii să utilizeze auto-instrucţiuni pentru a se ghida ei înşişi în situaţii dificile care presupun rezolvare de probleme.

Meichenbaum accentua importanţa antrenamentului auto-instrucţional (*Self-Instructional Training*) fiind consecvent cu rădăcinile sale comportamentale, respectiv, ca o formă de modificare cognitiv-comportamentală. În plus a subliniat faptul că „schimbarea comportamentului se produce printr-o succesiune de procese de mediere care implică interacţiunea dintre discursul interior, structurile cognitive şi comportamente, rezultanta acestora fiind efectul" (Meichenbaum, 1977, p. 218). Consolidându-şi munca de cercetare, mai târziu a dezvoltat Antrenamentul de Inoculare a Stresului (*Stress Inoculation Training* – S.I.T.), o abordare terapeutică specifică, menită să sprijine clienţii în gestionarea mai eficientă a stresorilor dificili.

S.I.T. este rezultatul încercării de a integra cercetarea fundamentală asupra rolului jucat de factorii cognitivi şi emoţionali, în procesul de coping cu tehnicile de modificare cognitiv-comportamentale. S.I.T. este utilizat adesea pentru sprijinirea indivizilor în a face faţă consecinţelor expunerii la evenimente stresante şi prevenirea prin inocularea (sau „vaccinarea") acestora pentru a riposta stresorilor.

Sistemul terapeutic a lui Meichenbaum (1996) este o formă a terapiei cognitiv-comportamentale, flexibilă şi cu multe faţete care intensifică repertoriul de coping pornind de la deprinderile deja existente.

1. *Conceptualizarea.* În faza iniţială o relaţie colaborativă este stabilită între pacient şi terapeut. Dialogul Socratic este utilizat adesea în educarea pacienţilor în ceea ce priveşte natura şi impactul stresului şi rolul jucat de procesul de evaluare precum şi de natura tranzacţională a stresului. Pacienţii sunt încurajaţi să-şi cerceteze ameninţarea percepută, sunt provocaţi să-şi rezolve problema precum şi să identifice acele aspecte ale situaţiei şi reacţiile care pot fi supuse modificării şi care nu.

Ca rezultat al interviului psihologic, automonitorizării şi a studiului materialelor puse la dispoziţie de către terapeut, răspunsul la stres al pacienţilor este reconceptualizat (Meichenbaum, 1996, p. 4). Când stresul este privit ca o provocare, terapeutul poate demara asistarea clientului în formularea metodelor personale sau individualizate de pregătire pentru confruntare (reflectând asupra experienţelor stresante).

2. *Dobândirea de competenţe şi repetiţia.* În timpul acestei faze abilităţi specifice de ajustare la stres sunt predate (şi învăţate de către client) şi

practicate în cabinetul psihoterapeutului şi eventual in vivo. Competenţele specifice predate sunt legate de problemele individuale (de exemplu: tehnici de relaxare, training-ul auto-instrucţional, autoreglarea emoţională, antrenamentul abilităţilor de comunicare, acceptarea, restructurarea cognitivă, rezolvarea de probleme etc.).

3. *Aplicaţia.* În această fază, clienţii aplică noile competenţe dobândite de adaptare la factorii de stres. Experimentele personale sunt utilizate pentru a ajuta (conceptul de inoculare este utilizat în imunizarea medicală sau în psihologia socială pentru a pregăti indivizii în încercarea de a rezista unui mesaj persuasiv) clienţii să facă faţă mai târziu efectelor situaţiilor stresante. Strategiile de prevenire a recăderilor, procedurile de atribuire (în care clienţii sunt învăţaţi să ia credit pentru realizările lor) şi şedinţele cu susţinători sunt construite în această fază finală a modelului SIT.

Tehnicile utilizate frecvent sunt repetiţia comportamentului şi imageria, modelarea, jocul de rol şi expunerea in vivo sub forma unor experimente personale (o parte dintre aceste tehnici au fost prezentate în spaţiul alocat terapiei comportamentale).

S.I.T. admite că stresul este tranzitoriu, prin urmare nu este suficient doar sprijinirea unui repertoriu flexibil de ajustare la mediu ci şi adaptarea la comunitate. Acest tip de intervenţie este aplicat în cazul terapiei individuale, de cuplu şi de grup.

Stilul terapeutic

Stilul de lucru este asemănător cu cel promovat de terapia cognitivă a lui Beck, insistându-se asupra colaborării şi sprijinirii îndeaproape a clienţilor în încercarea acestora de schimbare a discursului interior. În special, modelul lui Meichenbaum subliniază necesitatea dezvoltării unor abilităţi de auto-instruire, iar terapia presupune deschidere, empatie şi trăiri emoţionale în mai mare măsură comparativ cu Ellis şi Beck.

Intervenţia variază între 20 minute (în cazul în care pacienţii sunt pregătiţi pentru intervenţii chirurgicale) şi 40 minute, săptămânal. În cazul pacienţilor cu tulburări cronice, şedinţele pot dura o oră săptămânal. În cele mai multe cazuri numărul şedinţelor este între 8 şi 15 precum şi o perioadă de reevaluare după 3 sau 12 luni.

VI.3.1. Training-ul autoinstrucţional

Metoda autoinstruirii promovată de Meichenbaum în 1977 este o tehnică de lucru care vizează educarea indivizilor în direcţia modificării propriilor comportamente (Meichenbaum, 1996). Utilizând metoda autoinstruirii, terapeuţii cu orientare comportamental-cognitivă încearcă să modifice ceea ce-şi spun pacienţii lor înşişi. Terapeutul dă pacientului exemple de afirmaţii pozitive, care joacă rolul de întărire; acceptarea şi repetarea sunt paşi importanţi în controlul stresului şi în confruntarea cu

diferite situaţii. Terapeutul va încuraja pacientul să pună în practică aceste declaraţii prin intermediul jocului de rol şi cu persoane care nu le cunoaşte, abilitate care va fi prin urmare întărită direct. În tabelul VI.1 vom prezenta o sumă de declaraţii auto-instrucţionale conform metodei propuse de Meichenbaum, care pot fi utilizate pentru a ajuta pacientul să facă faţă situaţiilor stresante.

Primul pas în training-ul de autoinstruire constă în furnizarea argumentelor pentru folosirea acestei tehnici.

Analiza sarcinii. În această fază terapeutul încearcă să descopere momentele critice din situaţia problemă, care par să interfereze cu performanţa în sarcina respectivă. Iniţial, terapeutul poate sugera o serie de momente critice şi să le controleze împreună cu pacientul. Mai târziu pacientul va fi capabil să propună şi să discute asemenea momente el însuşi.

Modelare cognitivă. Terapeutul, prezintă auto-instrucţiunile şi explică ce se petrece în situaţie. Terapeutul solicită ca pacientul (sau grupul) să ia notiţe în legătură cu cele afirmate, după finalizarea demonstraţiei este important ca pacientul să poată puncta cele mai utile autoafirmaţii precum şi cele ineficiente.

Repetiţia cognitivă. Reprezintă exersarea prin intermediul jocului de rol, în care pacientul (sau grupul) reia situaţia simulată de model. Dacă este posibil pacientului i se oferă o sarcină actuală spre execuţie, în timp ce el „răspunzând" la situaţie, cu voce tare sau în şoaptă îşi spune auto-instrucţiunile adecvate. În cazul intervenţiei în grup, pentru cei care sarcina dată nu prezintă probleme vor servi ca model adiţional pentru ceilalţi membri ai grupului.

Estomparea. Pasul anterior poate fi privit ca un protocol al „gândirii cu voce tare". Estomparea pregăteşte pacientul sau grupul pentru autoinstruire, fără verbalizare. Primul pas în procesul estompării este repetarea în şoaptă a auto-instrucţiunilor când terapeutul descrie ceea ce se întâmplă în situaţie.

Probele de modelare multiplă, de repetiţie multiplă, estomparea verbalizată şi învăţarea principiilor generale ale vorbirii interne eficiente sunt strategii pentru a creşte transferul cunoştinţelor în situaţii reale. Meichenbaum sugera folosirea unor sarcini variate şi creşterea treptată a dificultăţii acestora. Pacienţii sunt de asemenea instruiţi să caute mai multe situaţii complexe, să le scrie în jurnal şi să le prezinte în şedinţa viitoare. Desigur, scopul final al generalizării este stabilirea responsabilităţii de a aplica auto-instrucţiunile învăţate, în viaţa reală.

În modificarea mecanismelor de coping sunt utilizate, pe lângă tehnici specifice şi tehnici de restructurare cognitivă, rezolvarea de probleme şi antrenamentul asertiv, însă într-un context diferit.

Abordarea în grup, este o variantă a autoinstruirii în care pot fi create o serie de variante pentru a stimula interesul grupului şi învăţarea eficientă. Ar putea fi necesară în primul rând, antrenarea pacienţilor pentru care vorbirea interioară este un „mister".

Tabelul VI.1. Declaraţii auto-instrucţionale (exemple)

Pregătirea pentru situaţii anxiogene sau stresante
Ce am de făcut ?
Am un plan, hai să-l încerc.
Chiar mă gândesc la ceea ce am de făcut.
Pot apela la diferite strategii.
Confruntarea cu stresul sau anxietatea
Pot face faţă provocării.
Mă voi gândi la frică mai târziu, acum mă gândesc la ceea ce am de făcut.
Coping-ul cu sentimentele în situaţii critice
Mă pot controla chiar dacă anxietatea va creşte, probabil.
Când frica va veni o voi stopa şi mă voi concentra asupra a ceea ce am de făcut.
Întăriri auto-instrucţionale
Bun, am făcut-o.
Am ştiut că o pot face.

Deşi autoinstruirea ajută pacientul să desfăşoare o sarcină dificilă şi să soluţioneze problemele eficient, uneori pacienţii sunt afectaţi de cogniţiile disfuncţionale încât ei nu sunt capabili să facă faţă nici unei situaţii atâta timp cât distorsiunile lor nu sunt corectate. Setul de strategii utilizat pentru corectarea acestor distorsiuni a fost denumit restructurare cognitivă.

VI.3.2. Restructurarea cognitivă

Tehnica restructurării cognitive vizează modificarea cogniţiilor dezadaptative. Problema generatoare de distres rezidă în modul eronat în care pacientul interpretează situaţiile din realitate. Această interpretare intră în discrepanţă cu expectanţele şi dorinţele pacientului. Tehnica de restructurare cognitivă modifică modul în care pacientul interpretează realitatea reducând discrepanţa cognitivă şi în consecinţă distresul (David şi colab., 1998).

Există diferite abordări ale restructurării cognitive, prima este Terapia Raţional–Emotivă (R.E.T.) dezvoltată de Ellis în 1974. O alta este o abordare direcţionată comportamental (modificarea cognitiv-comportamentală) dezvoltată de Meichenbaum în 1977.

R.E.T. presupune că toate problemele sunt rezultatul unei gândiri magice sau unor gânduri iraţionale (Ellis şi Dryden, 1997; Plante, 2005). Unele din aceste gânduri duc la autocondamnare, altele la furie şi altele spre o toleranţă redusă la frustrare. Terapeutul ajută pacientul să identifice gândurile iraţionale, ca urmare a ceea ce-şi spune lui însuşi în situaţii stresante. Pacienţii sunt învăţaţi să-şi dispute propriile credinţe iraţionale pentru care nu au dovezi care să le susţină şi să recunoască efectele păstrării unor astfel de gânduri (Marian şi Popa, 2002).

Ellis considera gândurile iraţionale universale, în timp ce ceilalţi autori tind să individualizeze abordările lor şi să determine componenţa iraţională unică a fiecărei persoane în fiecare situaţie.

O diferenţă între Ellis şi Meichenbaum este preferinţa celui dintâi pentru eticheta iraţional. Noi preferăm eticheta dată de Meichenbaum gândurilor amintite mai sus ca auto-sabotatoare sau auto-valorizatoare. Cogniţiile auto-sabotatoare sunt acele gânduri care împiedecă atingerea scopurilor persoanei, în timp ce cogniţiile auto-valorizatoare sunt acele gânduri care facilitează atingerea scopurilor persoanei. Cea mai mare problemă în ceea ce priveşte utilizarea conceptului de credinţă iraţională este pericolul ca pacientul să se eticheteze „iraţional" sau „nebun".

Restructurarea cognitivă presupune analize logice ale cogniţiilor şi aplicarea procedurilor de disputare. Astfel, pacientul analizează modul său de gândire, într-o anumită situaţie; odată identificate ca fiind auto-sabotatoare, aceste cogniţii devin imediat ţinta schimbării. Uneori, o listă de cogniţii de auto-valorizare este dezvoltată împreună cu pacientul; prin urmare cogniţiile auto-sabotatoare sunt înlocuite cu cele auto-valorizatoare. Training-ul de înlocuire a afirmaţiilor auto-sabotatoare cu cele de auto-valorizare este implementat prin modelare şi repetare.

Pentru a clarifica restructurarea cognitivă vom evidenţia paşii urmaţi cel mai frecvent.

Familiarizarea cu conceptele de bază. După cum evidenţia Kazdin (1994), este un proces gradual în care asumpţiile sunt învăţate lent. Copiii au nevoie de exemple înainte ca ei să accepte principiile de bază ale abordării.

Pacienţii pot învăţa conceptele de bază dacă acestea sunt prezentate clar şi într-un mod ordonat, cu suficientă orientare practică în vederea utilizării lor. Afirmaţiile auto-sabotatoare sunt modalităţi de gândire care descriu situaţii care interferează cu atingerea scopurilor. Afirmaţiile auto-valorizatoare sunt atribuiri adecvate unor probleme sau situaţii stresante. Acestea pot include de asemenea afirmaţii auto-suportive / auto-încurajatoare şi auto-instrucţionale care ajută la rezolvarea unei anumite situaţii. În mod normal auto-valorizarea nu stimulează emoţii puternic negative.

Identificarea propriilor afirmaţii autodistructive. Pentru a facilita identificarea afirmaţiilor autodistructive, un număr de concepte care se suprapun într-o anumită măsură ar putea fi folosite pentru a descrie ce anume face un individ. Aceste concepte utilizate de Meichenbaum, Beck şi Ellis includ exagerarea, absolutizarea, profetizarea, auto-defăimarea, percepţia selectivă şi cerinţe excesive faţă de sine. În funcţie de abilităţile intelectuale ale pacienţilor, aceste concepte pot sau nu să fie prezentate, dar acestea sunt de un real ajutor terapeutului în analizarea aspectelor unice ale auto-afirmaţiilor date.

Verificarea afirmaţiilor autodistructive. După ce pacientul identifică distorsiunile este întrebat adesea care sunt dovezile pe care se sprijină

afirmaţiile sale legate de validitatea gândurilor sale. Pacientul este învăţat să verifice validitatea acestor gânduri prin *micro experimente*.

Veridicitatea gândurilor dezadaptative poate fi evaluată şi prin *metoda interviului* care presupune verificarea măsurii în care şi alţi oameni în situaţia pacientului ar gândi la fel. Persoana care se confruntă cu aceste gânduri negative poate fi instruită să combată distorsiunile prin recursul la *reatribuire*, astfel terapeutul învaţă pacientul să analizeze situaţia cu atenţie şi să identifice şi alte cauze care contribuie la situaţia respectivă. Obiectivul metodei este evaluarea cât mai corectă a cauzelor situaţiei create.

Verificarea cogniţiilor negative poate fi implementată şi prin *analiza costurilor şi beneficiilor* (din punct de vedere motivaţional) astfel pacientul va fi deprins în cadrul şedinţelor să se întrebe care va fi câştigul menţinerii şi care va fi costul renunţării la aceste gânduri perturbatoare.

Aplicarea într-o manieră flexibilă a tehnicilor de intervenţie la nivel cognitiv este extrem de importantă pentru simplul fapt că o anumită tehnică conduce spre rezultate favorabile într-o anumită situaţie şi cu un anumit pacient şi spre rezultate nesatisfăcătoare în alte situaţii şi cu un alt pacient.

VI.3.3. Eficacitatea tratamentului

S.I.T. este utilizat în ameliorarea stresorilor acuţi cu acţiune limitată în timp cum ar fi pregătirea pentru intervenţii medicale; intervenţii chirurgicale şi evaluarea performanţelor (competiţii sportive); vorbirea în public; stresori cronici ca de pildă boala somatică (hipertensiune, durerea cronică, neoplasm, artrite reumatoide); tipul A de comportament şi tulburări psihiatrice etc.

S.I.T. produce o ameliorare net superioară altor forme de intervenţie în cazul tulburării de stres posttraumatic.

O altă problemă clinică care este ameliorată prin aplicarea S.I.T. este controlul furiei la adolescenţi şi adulţi. Training-ul de autoinstruire poate fi aplicat copiilor cu hiperactivitate, cu comportament agresiv şi impulsiv; se utilizează pentru dezvoltarea abilităţilor de rezistenţă la „tentaţii", amânarea satisfacţiei, rezolvare de probleme şi creativitate.

Împreună cu Michael Mahoney şi alţi terapeuţi comportamentalişti şi cognitivişti, Meichenbaum s-a orientat spre modelul filosofic-constructivist. Deşi el rămâne profund ancorat în empirism, opiniile sale sunt puternic constructiviste pledând pentru o redefinire a terapiei în termenii abordării integraţioniste (Meichenbaum, 1992; Hoyt, 2000).

VI.4. TRAINING-UL REZOLVĂRII DE PROBLEME

Rezolvarea de probleme este un proces cognitiv-comportamental auto-direcţionat, prin intermediul căruia o persoană încearcă să identifice sau să descopere soluţii eficiente sau adaptative pentru probleme specifice întâlnite în viaţa de zi cu zi.

Rezolvarea de probleme are la bază trei concepte majore şi anume: cel de rezolvare de probleme, cel de problemă şi cel de soluţie.

O problemă reprezintă o situaţie sau sarcină de viaţă, prezentă sau anticipată, care solicită un răspuns necesar unei funcţionări adaptative, dar pentru care persoana nu are disponibil un răspuns eficient la momentul respectiv, datorită prezenţei unui/unor obstacole (D'Zurilla şi Nezu, 1999). În categoria obstacolelor ce pot apărea pot fi incluse noutatea situaţiei, ambiguitatea, impredictibilitatea, stimuli conflictuali, abilităţi deficitare într-un anumit domeniu sau resurse insuficiente.

Soluţia constă dintr-un răspuns adaptativ specific sau dintr-un pattern de răspuns (cognitiv şi/sau comportamental), ca rezultat al procesului de rezolvare de probleme aplicat situaţiei problematice. O „soluţie eficientă" este acea soluţie care reuşeşte să îndeplinească obiectivul stabilit al procesului de rezolvare de probleme, ajungându-se la o schimbare de situaţie care nu mai este percepută ca fiind problematică.

Abilităţile necesare rezolvării de probleme sunt generale, adică aceleaşi indiferent de problemă, în timp ce abilităţile solicitate de implementarea soluţiei problemei variază în funcţie de problema curentă şi de soluţia aleasă.

Având în vedere că ambele tipuri de abilităţi sunt necesare pentru o funcţionare eficientă şi o adaptare adecvată, terapeuţii vor trebui să fie atenţi care dintre abilităţi sunt mai puţin dezvoltate la pacienţii lor şi să îmbine training-ul în rezolvarea de probleme cu cel pentru dezvoltarea diferitelor abilităţi.

Scopul antrenării în rezolvarea de probleme devine acela de a-l învăţa pe pacient să utilizeze procedura rezolvării de probleme şi în alte situaţii, de a deveni propriul terapeut, de a fi capabil să-şi rezolve singur problemele actuale şi viitoare.

Relaţia terapeutică este una de colaborare, o alianţă terapeutică, o relaţie de tip contractual. Este vorba de un demers explicit prin care sunt stabilite obiective şi sarcini pentru fiecare dintre cei doi parteneri ai relaţiei, termenele şi condiţiile de desfăşurare ale procesului. Relaţia este de tip profesor-elev, în care pacientul apelează la serviciile terapeutului pentru a învăţa cum să facă faţă anumitor situaţii, cum să-şi rezolve anumite probleme, cum să-şi controleze gândurile şi emoţiile, să îndeplinească o serie de sarcini, anumite „teme de casă", care vor conduce spre dobândirea unor deprinderi permanente.

Rezolvarea de probleme are două niveluri:

- orientarea spre problemă;
- rezolvarea propriu-zisă a problemei.

Orientarea spre problemă are o componentă motivaţională şi ţine de o serie de particularităţi individuale, de schemele cognitiv-emoţionale ale persoanei care influenţează semnificativ modul în care este sesizată problema şi atitudinea faţă de ea.

O orientare pozitivă, constructivă asupra problemei înseamnă dozarea corespunzătoare a efortului, reglarea comportamentului, toleranţă ridicată la frustrare şi ambiguitate.

O atitudine, negativă faţă de problemă generează emoţii negative, comportamente de evitare, determină toleranţă scăzută la frustrare şi ambiguitate, griji inutile şi incapacitatea de dozare adecvată a efortului.

Variabilele orientării spre problemă sunt următoarele: percepţia problemei, atribuirea problemei, evaluarea problemei, controlul perceput şi investiţia de timp şi efort.

Instruirea, la acest nivel al orientării spre problemă urmăreşte să conducă indivizii spre adoptarea unei atitudini pozitive (sau adaptative), care include următoarele abilităţi (Bedell, 1997): 1. abilitatea de a recunoaşte problema cu acurateţe; 2. dezvoltarea convingerii că problemele sunt normale şi inerente vieţii; 3. abilitatea de a identifica şi atribui corect cauza problemei; 4. deprinderea de a trata noile probleme mai degrabă ca „provocări", decât ca şi „catastrofe" sau ca situaţii ce trebuie evitate; 5. dezvoltarea încrederii în propriile abilităţi de a face faţă eficient situaţiilor stresante; 6. conştientizarea faptului că problemele complexe pot necesita timp şi un efort substanţial pentru a fi rezolvate; 7. dorinţa de a rezolva problemele într-o manieră oportună; şi 8. abilitatea de a controla propriile tendinţe impulsive în abordarea rezolvării problemei.

VI.4.1. Fazele procesului rezolutiv

Rezolvarea unei probleme cuprinde următoarea secvenţă de paşi (*apud* David şi colab., 1998):

a. definirea şi formularea problemei (întrebarea cheie: *Care este problema?*);
b. stabilirea obiectivelor (întrebarea cheie: *Ce doresc să obţin?*);
c. generarea alternativelor (întrebarea cheie: *Ce pot să fac?*);
d. luarea deciziei - opţiunea pentru una dintre soluţii (întrebarea cheie: *Care este decizia mea?*);
e. implementarea soluţiei (*Fă-o!*);
f. evaluarea (întrebarea cheie: *A funcţionat?*).

Formularea şi definirea problemei

În viaţa de zi cu zi, rezolvarea de probleme debutează cu o problemă care este definită inadecvat, care pare „încurcată" (ambiguă, vagă, având informaţii neclare sau distorsionate). De aici rezultă importanţa şi obiectivele primei faze a procesului rezolutiv, aceea de *formulare şi definire a problemei.* O problemă clar definită este pe jumătate rezolvată.

La acest nivel includem necesitatea abilităţilor de a recunoaşte şi corecta credinţele iraţionale şi alte distorsiuni cognitive care conduc la definirea defectuoasă a problemei la apariţia unor pseudoprobleme.

Pentru a realiza acest lucru pacienţii sunt antrenaţi: 1. să caute fapte şi informaţii relevante pentru problemă; 2. să descrie informaţii şi evenimente în termeni clari şi precişi; 3. să diferenţieze faptele obiective de inferenţele, afirmaţiile şi interpretările neverificate şi 4. să identifice faptele sau circumstanţele care transformă situaţia într-o problemă.

Abordarea problemelor se va face sistematic şi ordonat, folosindu-se un limbaj concret care va ajuta pacientul să separe faptele de ipoteze şi inferenţe. Pacientul va fi învăţat să pună întrebări specifice: CINE? (Cine este implicat în problemă? Cine este responsabil de această problemă?); CE? (Ce simt în legătură cu această problemă? Ce anume mă întristează? La ce mă gândesc pentru a răspunde acestei probleme? Ce se va întâmpla dacă nu rezolv această problemă?); UNDE? (Unde apare problema?); CÂND? (Când a început această problemă? Când trebuie să rezolv această problemă?); DE CE? (De ce a apărut această problemă? De ce mă simt trist?). Este util uneori ca pacienţii să se transpună în rolul unor detectivi sau reporteri, care pun întrebări pentru investigarea unui caz.

Stabilirea obiectivelor

Pacienţii sunt îndrumaţi mai departe să delimiteze scopuri şi obiective specifice, realiste, tangibile şi precise pe care doresc să le atingă. În cadrul terapiei, această fază poate implica negocierea dintre pacient şi terapeut. Scopurile este important să fie formulate în termeni comportamentali.

Aşa cum am arătat aceste obiective sunt specificate la rândul lor, în termeni concreţi, precişi. Se poate întâmpla adesea ca pacientul să descopere sub-scopuri care constituie paşi în îndeplinirea scopului global al rezolvării problemei.

Exemplu: Scopul principal ar putea fi implicarea într-o relaţie satisfăcătoare, de lungă durată, cu un partener de sex opus. Sub-scopurile cele mai importante pot include: (1) ameliorarea unor deprinderi (de exemplu, de comunicare) ale căror deficienţe duc la dificultăţi în menţinerea unei relaţii; (2) cunoaşterea de noi persoane, în general; (3) creşterea numărului de întâlniri cu persoane de sex opus; (4) reducerea gradului de distres în urma dezamăgirilor şi sentimentelor de respingere atunci când acestea apar.

Există două categorii de obiective: centrate pe problemă şi centrate pe emoţii. Cele centrate pe problemă sunt relevante mai ales în situaţiile care pot fi schimbate, precum obţinerea unui loc de muncă. Obiectivele centrate pe emoţii urmăresc reducerea impactului distresului asociat cu trăirea unei probleme. Acestea sunt legate de situaţiile evaluate ca fiind „de neschimbat", precum decesul unui membru al familiei. În cele mai multe cazuri este importantă identificarea ambelor tipuri de obiective pentru a creşte şansele rezolvării. În exemplul anterior existau sub-scopuri care se încadrau în cele două categorii.

Generarea de soluţii alternative

Funcţia generării de alternative este aceea de a face disponibile cât mai multe soluţii şi alternative posibile, cu ajutorul procedeului propus de Osborn (*apud* D'Zurilla şi Nezu, 1999) „brainstorming". Cu cât sunt propuse mai multe soluţii, cu atât vom avea mai multe şanse să găsim alternative potrivite; suspendarea judecăţilor de valoare este un alt principiu al brainstorming-ului care încurajează găsirea unor soluţii de calitate, iar ultimul este varietatea. Se aplică doar criteriul relevanţei pentru problema propusă.

Evaluarea fiecărei opţiuni se va face într-o etapă ulterioară. Ultima regulă a brainstorming-ului, cea a varietăţii, încurajează indivizii să se gândească la o gamă cât mai largă de soluţii posibile, prin cât mai multe strategii şi abordări. În generarea alternativelor pacienţii sunt încurajaţi să continue folosirea termenilor concreţi şi concişi.

Exemplu clinic (*apud* D'Zurilla şi Nezu, 1999)

Mary este o femeie de 51 de ani, recent diagnosticată cu cancer de sân. Din momentul diagnosticării, ea a prezentat simptome clinice ale depresiei, care nu erau legate de procedurile medicale. Lucrând cu ea, am descoperit că temerile ei privind boala şi moartea erau asociate cu alte îngrijorări. Mary era văduvă şi trăia singură, în vecinătatea copiilor săi (care acum sunt adulţi). Dorind să rămână independentă şi puternică, ea a redus nevoia de contacte sociale şi de susţinere din partea prietenilor şi a familiei. Respectându-i dorinţele, cei apropiaţi s-au străduit să-i ofere „spaţiul" de care avea nevoie în procesul de recuperare. Însă deseori aceasta o făcea să se simtă singură. În timpul terapiei această problemă a fost definită ca fiind dorinţa de a-i avea pe cei dragi mai des în jurul ei.

Pe parcursul a mai multor şedinţe de brainstorming, Mary a propus următoarele soluţii alternative pentru problema sa:

1. Să le ceară în scris celorlalţi să o viziteze mai des;
2. Să ia legătura cu o fundaţie şi să participe la programele organizate de ei pe teme legate de problema ei;
3. Să-şi cumpere un animal de casă;
4. Să dea o petrecere;
5. Să-i viziteze pe ceilalţi atunci când se simte bine;
6. Să-şi invite membrii familiei la o şedinţă de terapie pentru a rezolva problema în echipă;
7. Să vorbească cu prietenii şi cu familia şi să le ceară să o viziteze mai des;
8. Să întâlnească persoane noi şi să-i uite pe cei din familie;
9. Să invite acasă prietenii de la biserică;
10. Să cumpere un computer şi să trimită e-mail-uri membrilor familiei;
11. Să se alăture grupurilor de susţinere;
12. Să le telefoneze mai des prietenilor şi membrilor familiei.

Doar după ce a venit cu aceste idei, Mary a început să-şi recapete speranţa că va putea rezolva problema şi să se simtă mai bine.

Luarea deciziei

Următorul obiectiv în rezolvarea de probleme este acela de a alege între aceste opţiuni pentru a dezvolta un plan general de soluţionare a problemei. În această fază sunt evaluate (prin judecăţi şi comparaţii) soluţiile disponibile, pentru a lua decizia cea mai eficientă. Modelul luării deciziei se bazează pe teoria utilităţii expectate (*apud* D'Zurilla şi Nezu, 1999) şi porneşte de la analiza costurilor şi beneficiilor.

Primul pas implică luarea în considerare a avantajelor şi dezavantajelor, a consecinţelor, atât pe termen scurt, cât şi pe termen lung, pe rând, în cazul fiecărei soluţii. Pacienţii învaţă să realizeze o monitorizare a listei de alternative, putând acorda un scor de plauzibilitate de la 1 la 10 alternativelor obţinute sau să le evalueze pe o scala de la -3 la +3, unde -3 înseamnă „total nesatisfăcătoare", iar +3 „foarte satisfăcătoare". O soluţie care pare să aibă un număr mai mare de consecinţe pozitive şi costuri minime va avea astfel un scor ridicat şi invers. Folosind aceste evaluări, pacienţii pot dezvolta mai departe un plan general de soluţii, comparând notele diferitelor alternative.

Implementarea soluţiei

Presupune transferul soluţiei pentru care s-a optat în viaţa de zi cu zi şi include, de asemenea, auto-monitorizarea consecinţelor, efectelor soluţiei asupra propriei persoane şi asupra mediului.

Evaluarea rezultatelor

Faza de evaluare cuprinde o auto-evaluare, adică compararea rezultatului actual cu cel prevăzut. Dacă acesta este satisfăcător are loc o întărire sau dacă nu, dimpotrivă. În acest caz, procesul rezolutiv se reia, după ce în prealabil s-au analizat cauzele datorită cărora soluţia nu a funcţionat şi/sau momentul unde au intervenit erori.

Pe de altă parte, dacă rezultatul nu este satisfăcător, pacientul va fi încurajat să implementeze planul de contingenţă identificat anterior, fie să parcurgă încă odată întregul proces rezolutiv. Problema este considerată rezolvată doar în momentul când este găsită o soluţie satisfăcătoare.

Training-ul rezolvării de probleme şi-a dovedit cea mai mare eficienţă în următoarele domenii: intervenţii de criză, tulburări emoţionale precum depresie, anxietate, sentimente de vinovăţie, ruşine, mânie, probleme la locul de muncă sau schimbări în carieră, conflicte interpersonale, lipsă de asertivitate, anxietate de performanţă.

Eşecul intervine în majoritatea cazurilor din două motive: datorită refuzului pacientului de a-şi accepta responsabilitatea emoţională, iar pe de altă parte datorită neacceptării responsabilităţii terapeutice, nereuşind să îndeplinească sarcinile practice solicitate în procesul terapeutic, care uneori necesită eforturi susţinute. Odată însuşite aceste abilităţi de rezolvare de probleme de către pacient, vor putea fi aplicate şi în alte situaţii de viaţă cu care acesta se confruntă.

VI.5. TERAPIA RAŢIONAL-EMOTIVĂ ŞI COMPORTAMENTALĂ

VI.5.1. Aspecte teoretice

Terapia Raţional Emotiv Comportamentală (abreviat R.E.B.T.) a fost elaborată de Albert Ellis în 1962. Similar celorlalte teorii cognitive şi în R.E.B.T. se consideră că modul în care persoana percepe, anticipă sau evaluează un eveniment (şi nu evenimentul în sine) are influenţă majoră asupra comportamentului său.

Ellis (1977) a elaborat o schemă simplă pentru a ilustra rolul proceselor cognitive în determinarea tulburărilor emoţionale sau, mai general, oricărui mod de conduită dezadaptativă. El numeşte această schemă *„Modelul A-B-C"* al teoriei R.E.B.T. Astfel, conform teoriei lui Ellis orice reacţie (cognitivă, emoţională sau comportamentală) implică trei elemente: (A) *eveniment activator* - un eveniment real sau imaginar; (B) *credinţele persoanei* - o interpretare a evenimentului, credinţele persoanei despre acesta; (C) *consecinţele, răspunsurile* - emoţiile, gândurile sau comportamentele observabile rezultate. Între cele trei componente ale modelului A-B-C (evenimente activatoare, credinţe personale şi consecinţe) există o strânsă interacţiune, nici unul dintre acestea ne fiind posibil în absenţa celorlalte două.

Se observă o asemănare între modelul A-B-C general (din cadrul teoriei comportamentale) şi cel propus de Ellis. Diferenţa dintre ele fiind accentul pus pe elementul cognitiv în cadrul modelului A-B-C al teoriei R.E.B.T. Astfel, în modelul comportamental B-ul poate reprezenta orice reacţie a organismului (ca de exemplu, reacţii fiziologice, cogniţii sau comportamente observabile - intenţionate sau neintenţionate) însă în modelul R.E.B.T., B-ul reprezintă întotdeauna interpretarea evenimentului activator.

VI.5.2. Modelul A. B. C. D.

Evenimentul activator (A) poate fi *orice element* ce poate fi procesat de către subiectul uman; orice lucru capabil să activeze sistemul de credinţe (rezultând în consecinţe). Astfel, evenimentul activator poate fi: (a) orice lucru din trecut stocat în memorie (în mod real sau distorsionat); (b) orice lucru experimentat în prezent; (c) orice lucru imaginar cu privire la viitor. Evenimentul activator poate fi chiar şi o credinţă în sine, atunci când o persoană evaluează în mod critic un gând iniţial. Evenimentul activator poate fi de asemenea, o consecinţă (ca de exemplu, într-o situaţie în care omul generalizează excesiv aspectele negative ale unei consecinţe iniţiale). Există situaţii în care un întreg proces A-B-C (eveniment activator – credinţe, evaluări – consecinţe) constituie un eveniment activator, care la rândul lui, va determina noi evaluări şi consecinţe.

Consecinţele (C) apar ca urmare a interacţiunii dintre evenimentele activatoare şi credinţele personale ale omului. Consecinţele se referă la răspunsurile cognitive, afective şi comportamentale emise de către persoană.

Credinţele persoanei (B). Conform teoriei R.E.B.T., oamenii deţin numeroase credinţe (cogniţii, gânduri sau idei) cu privire la evenimentele activatoare, acestea exercitând o puternică influenţă asupra consecinţelor (cognitive, emoţionale şi comportamentale). Deşi, aparent evenimentele activatoare sunt responsabile de apariţia consecinţelor, acest lucru este rareori adevărat, deoarece credinţele persoanei constituie mediatori esenţiali între evenimente activatoare şi consecinţe. Prin urmare, credinţele omului reprezintă elementul esenţial responsabil pentru apariţia consecinţelor specifice în anumite situaţii (*apud* Ellis şi Dryden, 1997). În consecinţă, omul în majoritatea cazurilor, experimentează evenimentul activator sub influenţa unor credinţe personale (alături de evaluări şi expectanţe). Astfel, percepţia evenimentului respectiv per ansamblu se poate realiza distorsionat.

Una dintre contribuţiile specifice teoriei R.E.B.T. este distincţia dintre aşa numitele „credinţe iraţionale" şi „credinţele raţionale", acestea reprezentând sisteme distincte de credinţe, ambele fiind evaluări ale realităţii şi nu descrieri ale acesteia (Walen, DiGiuseppe şi Dryden, 1992).

Raţional în teoria R.E.B.T. constituie acele aspecte ce ajută persoana în atingerea obiectivelor şi scopurilor fundamentale ale acesteia, iar *iraţional* implică acele aspecte ce împiedică persoana în atingerea acestor obiective şi scopuri. Prin urmare, raţionalitatea nu este definită într-un sens absolut ci este relativă.

Precizăm că în cadrul teoriei R.E.B.T. scopurile fundamentale ale persoanei sunt considerate a fi *supravieţuirea* şi obţinerea *plăcerii/satisfacţiei.* Astfel, se promovează ideea aşa numitului *hedonism responsabil.* Acesta reprezintă un echilibru optim între sacrificarea şi obţinerea plăcerii în prezent, între libertate şi disciplină personală. Hedonismul responsabil implică realizarea unui calcul mintal asupra costurilor şi beneficiilor pe termen scurt şi lung a unui comportament (numit *calcul hedonic*). Acest calcul reprezintă deci evaluarea consecinţelor comportamentului astfel încât omul să poată atinge obiectivul de supravieţuire (adică acel comportament să nu atragă după sine o serie de consecinţe negative asupra stării fizice sau psihice) dar şi pe cel al plăcerii/satisfacţiei (atât pe termen lung cât şi pe termen scurt).

În continuare se precizează că hedonismul responsabil implică şi faptul că omul trebuie să ţină cont de ceilalţi membrii ai societăţii care au aceleaşi drepturi fundamentale. Prin urmare, în calculul hedonic vor fi incluse şi elemente ce ţin de persoanele din jur (Ellis şi Dryden, 1997).

Credinţele raţionale sunt cogniţii evaluative cu semnificaţie personală de natură *preferenţială.* Acestea sunt exprimate sub forma unor „dorinţe", „preferinţe", „plăceri" şi „neplăceri". Aceste credinţe sunt considerate „raţionale" deoarece sunt *flexibile* şi *nu împiedică atingerea (dobândirea)*

obiectivelor şi scopurilor fundamentale. Credinţele raţionale prezintă următoarele caracteristici (Walen şi colab., 1992):

- *Consistenţă internă* - credinţa raţională este logică şi coerentă.
- *Verificabilitate empirică* - poate fi susţinută prin dovezi concrete.
- *Non-absolutistă* - credinţa raţională este condiţională sau relativă, de obicei exprimată sub forma unei dorinţe, speranţe sau preferinţe, astfel reflectând dezirabilitate.
- *Emoţii adaptative* - credinţa raţională atrage după sine emoţii adaptative, chiar şi emoţii negative puternice dar care nu sunt disfuncţionale sau tulburătoare pentru individ.
- *Facilitarea atingerii obiectivelor* - credinţa raţională asistă omul în încercarea sa de a-şi atinge obiectivele; este congruentă cu dobândirea satisfacţiei în viaţă, minimalizarea conflictului intrapsihic, şi cel cu mediul extern; permite afilierea şi implicarea în relaţiile cu alţii, dezvoltarea personală şi autoafirmarea.

Credinţele iraţionale diferă de cele raţionale prin faptul că acestea tind să fie de natură *absolutistă* (sau dogmatică) fiind exprimate sub forma unor expresii rigide de genul „trebuie", „ar trebui", „sunt obligat să" ş.a.m.d. De asemenea, ele determină apariţia unor emoţii negative ce constituie obstacole majore în urmărirea şi atingerea obiectivelor persoanei. Credinţele iraţionale prezintă următoarele caracteristici (Walen şi colab., 1992):

- *Inconsistenţă logică* - credinţa iraţională poate debuta cu o premisă incorectă şi/sau să ducă la formularea unei deducţii incorecte, deseori ea reprezentând o suprageneralizare. Astfel, credinţele iraţionale tind să fie exagerări, evaluări extreme ale unei situaţii fiind exprimate sub forma unor expresii verbale evaluative de genul „groaznic", „cumplit", „teribil" etc.
- *Inconsistenţă cu realitatea empirică* - credinţa iraţională nu decurge logic din observarea evenimentelor reale.
- *Absolutism şi dogmatism* - credinţa iraţională reprezintă o filosofie absolutistă fiind de obicei exprimată sub forma unor cerinţe absolutiste (nu dorinţe), trebuinţe (nu preferinţe) şi nevoi (nu aspiraţii).
- *Emoţii tulburătoare* - credinţa iraţională atrage după sine emoţii puternice care sunt disfuncţionale sau tulburătoare pentru individ.
- *Împiedicarea atingerii obiectivelor* - credinţa iraţională împiedică atingerea obiectivelor fundamentale ale persoanei.

În concluzie, credinţele raţionale tind să susţină comportamente funcţionale, eficiente şi adaptative, pe când cele iraţionale determină şi susţin comportamente disfuncţionale şi dezadaptative, cum ar fi retragerea (izolarea), amânarea, abuzul de substanţe ş.a.m.d.

Ellis preciza că omul este capabil să deţină în acelaşi timp atât credinţe raţionale cât şi iraţionale. Astfel, fiinţa umană este în acelaşi timp atât „raţională" cât şi „iraţională" – auto-promovatoare dar şi auto-dăunătoare. Ellis şi Dryden (1997) identifică următoarele categorii principale de cogniţii:

Observaţii nonevaluative. Acestea sunt gânduri formulate doar pe baza informaţiilor concrete disponibile în momentul respectiv. Astfel de cogniţii sunt nonevaluative deoarece nu prezintă relevanţă pentru scopurile persoanei. În situaţia în care acest tip de credinţe sunt relevante pentru obiectivele omului ele devin evaluative; aspectul evaluativ fiind deseori implicit.

Inferenţe nonevaluative. Aceste cogniţii sunt numite „inferenţe" deoarece ele sunt construite pe baza informaţiilor concrete disponibile dar şi pe baza celor indisponibile, inferate. Ele pot fi considerate ipoteze cu privire la observaţiile făcute, ce pot fi corecte sau greşite. Aceste inferenţe sunt nonevaluative în situaţia în care ele nu au relevanţă pentru scopurile omului. În situaţia în care acest tip de credinţe sunt relevante pentru obiectivele omului ele devin evaluative; aspectul evaluativ fiind, şi de data aceasta, deseori implicit.

Evaluări preferenţiale pozitive constituie inferenţe (fiind construite pe baza informaţiilor disponibile dar şi pe baza celor indisponibile) cu privire la aspecte ale realităţii considerate pozitive şi dezirabile. Ele sunt caracterizate prin flexibilitate, natură preferenţială şi relevanţă pentru scopurile persoanei. Acest tip de cogniţii tind să asiste şi să încurajeze atingerea obiectivelor.

Evaluări absolutiste pozitive constituie inferenţe în legătură cu aspecte ale realităţii considerate pozitive şi dezirabile.

Evaluări preferenţiale negative sunt construite pe baza informaţiilor disponibile dar şi pe baza celor indisponibile. Ele sunt caracterizate prin flexibilitate şi tind să asiste şi să încurajeze în direcţia atingerii obiectivelor.

Evaluări absolutiste negative sunt caracterizate prin rigiditate (dogmatism) şi natură absolutistă. Acest tip de cogniţii tind să împiedice atingerea obiectivelor şi scopurilor fundamentale.

Evaluarea apare atunci când un individ percepe un lucru/eveniment ca fiind „bun" sau „rău", „plăcut" sau „neplăcut", „benefic" sau „nociv" şi apoi răspunde pozitiv sau negativ la acesta. Se observă că evaluarea implică referire la cele două obiective fundamentale postulate în teoria R.E.B.T. (plăcere şi supravieţuire). Evaluarea constituie o caracteristică umană fundamentală ce pare a funcţiona într-un circuit închis – percepţia biasează răspunsul după care răspunsul va biasa percepţia; de asemenea, percepţiile anterioare par să biaseze percepţiile ulterioare precum şi răspunsurile anterioare să le biaseze pe cele ulterioare.

Ellis (1994) considera că emoţia apare în urma unui intens proces de evaluare - atunci când persoana percepe ceva ca fiind *categoric* „bun" sau „rău", „benefic" sau „nociv", urmat de răspuns în sens pozitiv sau negativ. Experimentarea emoţiilor implică întotdeauna o anumită activare fiziologică (senzaţie corporală), care percepută de către individul în cauză întăreşte emoţia originală. Astfel, emoţiile ar putea fi considerate a fi evaluări însoţite de o puternică activare fiziologică în timp ce aşa-numitele *atitudini non-emoţionale* ar putea reprezenta evaluări însoţite de o activare fiziologică relativ redusă.

Culegerea informaţiilor cu privire la evenimentul activator, credinţe şi consecinţe reprezintă etapa de evaluare în cadrul R.E.B.T.-ului. Terapeutul

are sarcina de a educa clientul cu privire la modelul ABC clarificând relaţia dintre cogniţii şi consecinţe. Astfel, clientul va înţelege modalitatea prin care gândirea sa iraţională (credinţele iraţionale) generează comportamentul său auto-dăunător. După ce terapeutul s-a convins că persoana în cauză înţelege deplin modelul ABC se va trece la etapa ulterioară ce constă în disputarea credinţelor iraţionale.

Mai jos prezentăm schematic modelul ABC elaborat de Ellis (1994).

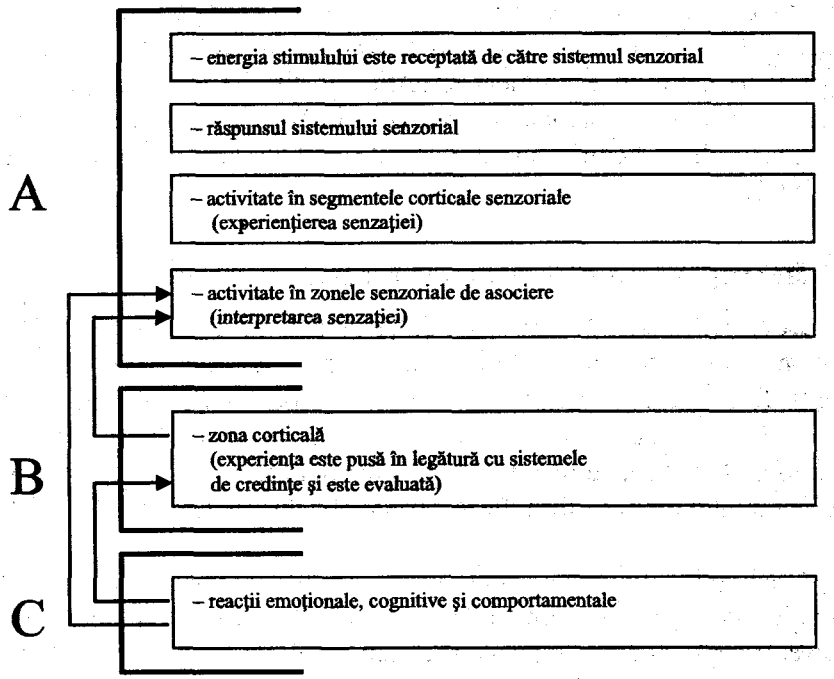

– energia stimulului este receptată de către sistemul senzorial
– răspunsul sistemului senzorial
A
– activitate în segmentele corticale senzoriale (experienţierea senzaţiei)
– activitate în zonele senzoriale de asociere (interpretarea senzaţiei)
– zona corticală (experienţa este pusă în legătură cu sistemele de credinţe şi este evaluată)
B
C
– reacţii emoţionale, cognitive şi comportamentale

Fig. VI.1. Interacţiuni posibile între eveniment activator - credinţe (evaluare) - consecinţe (*apud* Ellis 1994)

Disputarea (D) reprezintă procesul de combatere şi în final de substituire a credinţelor iraţionale cu altele raţionale. Acest proces constă într-o *dezbatere* sau *provocare* a gândirii iraţionale a clientul prin utilizarea unor strategii cognitive, emotive sau comportamentale.

În cadrul disputării clientul este confruntat cu propria sa filosofie iraţională de viaţă fiind invitat să-i evalueze consistenţa logică şi utilitatea. Disputarea oferă clientul posibilitatea de a evalua critic propriile asumpţii cu privire la lume şi viaţă utilizând o serie de argumente logice şi empirice. Scopul principal al disputării este reprezentat de achiziţionarea unui stil de gândire ce induce un comportament auto-promovator de urmărire a scopurilor fundamentale şi de depăşire a obstacolelor potenţiale (Walen şi colab., 1992).

VI.5.3. Nivele ale cogniţiilor

Cele mai apropiate de nivelul conştiinţei sunt gândurile sau fragmente ale *gândurilor automate* (Beck 1976; Walen şi colab., 1992). Ele se găsesc în aşa numitul „flux al conştiinţei" putând fi uşor descoperite. Alături de acestea se află *inferenţele* şi *atribuirile* cu privire la gândurile automate. *Cogniţiile evaluative*, în special cele asociate cu tulburările emoţionale, se găsesc la un nivel mai profund al psihicului fiind mai dificil de dezvăluit. *Credinţele iraţionale centrale* sunt dificil de reperat deoarece acestea se află la cel mai profund nivel al psihicului, constituind reguli după care persoana se ghidează în viaţă, sau o filosofie fundamentală neconştientizată până în momentul activării ei de către un eveniment specific. În diferite terminologii în cadrul teoriilor cognitiv-comportamentale credinţele iraţionale centrale sunt cunoscute sub denumirea de „scheme" sau „structuri de credinţe fundamentale" (Walen şi colab., 1992).

VI.5.4. Achiziţionarea şi perpetuarea credinţelor iraţionale

Conform teoriei R.E.B.T. tendinţa umană de a gândi iraţional are la bază o motivare de natură biologică. Astfel, se consideră că gândirea iraţională fost eficientă pentru supravieţuirea speciei umane într-un mediu ostil. Acest fapt a dus la dezvoltarea unei tendinţe naturale a omului de a gândi iraţional. Totuşi, se recunoaşte şi influenţa mediului în determinarea ei, acesta încurajând omul să formuleze cerinţe absolutiste (*apud* Ellis şi Dryden, 1997).

Credinţele iraţionale sunt în mare parte reacţii la evenimente activatoare neplăcute experimentate de-a lungul vieţii. Credinţele iraţionale sunt deseori supraînvăţate, repetate încă din copilărie fiind frecvent bazate pe cerinţe narcisiste şi grandioase faţă de sine, alţii şi lume. După un timp însă, datorită repetării la nivel mental a acestor idei şi a acţiunii frecvente pe baza lor, ele se concretizează într-o filosofie de viaţă fundamentală. Asumpţiile filosofice disfuncţionale sunt frecvent întărite deoarece:

- generează sentimente negative puternice (depresie, furie etc.), acestea făcându-le să pară adevărate;
- sunt tautologice şi deci nu pot fi infirmate;
- duc la profeţii ce se auto-împlinesc;
- sunt lingvistic şi semantic înşelătoare fiind întărite de tendinţa umană de a folosi un limbaj inexact.
- omul le repetă şi acţionează necritic pe baza lor astfel încât ele par reale chiar dacă rezultatele obţinute sunt nesatisfăcătoare; majoritatea acestor rezultate nu sunt puse în legătură cu credinţele iraţionale şi nu par să decurgă din ele;
- majoritatea credinţelor iraţionale sunt inconştiente.

În conformitate cu teoria freudiană, teoria R.E.B.T. face referire la defensivitatea umană pentru a explica modul în care omul îşi perpetuează

problemele psihologice. Astfel, se consideră că individul îşi perpetuează problemele datorită utilizării unor mecanisme defensive care au fost construite pentru a-l ajuta să nege existenţa problemelor sau să minimalizeze impactul acestora.

VI.5.5. Clasificări ale credinţelor iraţionale

Credinţele iraţionale sunt grupate în patru categorii principale şi anume: cerinţe absolutiste, catastrofare, toleranţă scăzută la frustrare şi evaluarea globală a valorii ca om.

Cerinţele absolutiste se referă la tendinţa omului de a substitui dorinţe sau preferinţe cu cerinţe absolutiste; reflectă expectanţe nerealiste şi absolutiste faţă de evenimente sau persoane şi de cele mai multe ori sunt exprimate verbal prin intermediul cuvintelor „trebuie", „am nevoie de", „sunt obligat" etc.

Catastrofarea se referă la evaluări extreme şi exagerate ale evenimentelor; reprezintă o exagerare a consecinţelor negative ale unei situaţii (astfel încât persoana le consideră ca fiind „groaznice"); este exprimată verbal prin intermediul expresiilor verbale de genul „groaznic", „teribil" etc.

Toleranţa scăzută la frustrare se referă la inabilitatea percepută de către persoană de a face faţă unui disconfort; aceasta derivă din cerinţe absolutiste cu privire la confort şi viaţă uşoară, reflectând intoleranţa persoanei pentru disconfort; este reflectată în expresii verbale de genul „nu pot suporta acest lucru". Toleranţa scăzută la frustrare este considerată a fi cauza principală a rezistenţei clientului la schimbarea terapeutică. De fapt, clientul nu doreşte să treacă prin disconfortul necesar pentru realizarea schimbării.

Evaluarea globală a valorii ca om (*condamnarea*), a propriei persoane sau a altuia; se referă la evaluări generalizate sau ponegriri ale propriei persoane sau a altora; implică posibilitatea de evaluare a oamenilor şi ideea că unele persoane sunt lipsite de valoare sau cel puţin au o valoare redusă în comparaţie cu altele; este reflectată în expresii verbale de genul „nu am nici o valoare dacă..."; „*condamnarea*" poate fi aplicată şi pentru condiţii de viaţă sau de mediu care sunt etichetate ca fiind „nesatisfăcătoare" sau care nu oferă persoanei ceea ce ea „trebuie" să aibă.

Elementele principale ale credinţelor iraţionale se suprapun adesea şi parţial se includ una pe alta. De obicei, utilizarea unuia dintre procesele de gândire iraţionale implică suprapunerea şi includerea şi a altor modalităţi de gândire generatoare de tulburări.

Bernard şi DiGiuseppe în 1989 (*apud* Ellis şi Dryden, 1997) propun următoarea clasificare a credinţelor iraţionale redate în tabelul VI.2.

Tabelul VI.2. Modelul credinţelor iraţionale (Bernard şi DiGiuseppe, 1989; *apud* Ellis şi Dryden, 1997)

Conţinutul credinţelor	Categoria de credinţe iraţionale				
		Cerinţe absolutiste	**Toleranţă scăzută la frustrare**	**Evaluarea valorii ca om**	**Catastrofare**
	Afiliere	Cerinţe absolutiste în legătură cu afilierea	Toleranţă scăzută la frustrare în legătură cu afilierea	Evaluarea valorii ca om în legătură cu afilierea	Catastrofare în legătură cu afilierea
	Realizare	Cerinţe absolutiste în legătură cu realizarea	Toleranţă scăzută la frustrare în legătură cu realizarea	Evaluarea valorii ca om în legătură cu realizarea	Catastrofare în legătură cu realizarea
	Confort	Cerinţe absolutiste în legătură cu confortul	Toleranţă scăzută la frustrare în legătură cu confortul	Evaluarea valorii ca om în legătură cu confortul	Catastrofare în legătură cu confortul
	Echitate	Cerinţe absolutiste în legătură cu echitatea	Toleranţă scăzută la frustrare în legătură cu echitatea	Evaluarea valorii ca om în legătură cu echitatea	Catastrofare în legătură cu echitatea

Ellis (1994) considera că oamenii deţin în minte o serie de afirmaţii (seturi de cogniţii) iraţionale pe care şi le repetă în mod constant. Mai jos sunt prezentate cele mai frecvent întâlnite tipuri de astfel de propoziţii:

1. Trebuie să fiu iubit şi aprobat de către toate persoanele semnificative din viaţa mea, iar dacă nu voi fi, atunci acest lucru ar fi groaznic.
2. Atunci când alte persoane se comportă rău sau neechitabil, ei trebuie să fie blamaţi, stigmatizaţi şi pedepsiţi; ei sunt indivizi răi sau stricaţi.
3. Este groaznic atunci când lucrurile nu sunt aşa cum aş vrea eu ca ele să fie.
4. Ar trebui să fiu foarte anxios în situaţii incerte sau potenţial periculoase.
5. Am valoare numai dacă sunt competent şi victorios întotdeauna, sau cel puţin în majoritatea timpului în cel puţin un domeniu major.
6. Trebuie să existe o soluţie perfectă pentru această problemă; trebuie să am certitudine şi control perfect asupra tuturor lucrurilor.
7. Lumea trebuie să fie absolut echitabilă şi justă.
8. Trebuie să mă simt confortabil şi fără dureri tot timpul.
9. S-ar putea să înnebunesc, acest lucru ar fi de nesuportat.
10. Este mai uşor să eviţi dificultăţile vieţii decât să le înfrunţi.
11. Am nevoie de cineva mai puternic decât mine pe care să mă pot baza sau sprijini.

12. Tulburarea emoţională derivă din presiunile externe, iar eu am puţine abilităţi de a-mi controla sau schimba sentimentele.
13. Trecutul meu îmi cauzează problemele prezente; deoarece aceste evenimente au fost influenţe puternice, ele vor continua să mă afecteze.

VI.5.6. Psihopatologia din perspectiva R.E.B.T.

Conform teoriilor cognitiv-comportamentale tulburarea psihică este în mare măsură determinată de percepţiile, evaluările şi sistemele de valori ale persoanei, toate acestea fiind componentele filosofiei de viaţă a persoanei.

Conform teoriei, nucleul tulburării nevrotice îl constituie tendinţa umană de a construi (formula) evaluări absolutiste cu privire la evenimentele percepute. Astfel, conform acestei teorii cogniţiile evaluative reprezintă cheia înţelegerii tulburărilor psihologice. Deci, gândirea rigidă şi dogmatică stă la baza întregii psihopatologii, tulburările emoţionale având aceeaşi rădăcină: *credinţele iraţionale*. Ellis (1994) citează o serie de cercetări clinice care au evidenţiat faptul că atunci când omul pretinde (nu doar preferă) să aibă succes la locul de muncă, să fie în permanenţă aprobat de toate persoanele semnificative din viaţa sa, precum şi manifestă frică faţă de situaţiile în care aceste cerinţe nu vor fi satisfăcute, el va avea sentimente puternice şi prelungite de anxietate, furie şi panică. În concluzie, conform R.E.B.T.-ului cerinţele absolutiste constituie fundamentul şi cauza majoră a nevrozelor ducând la formarea unei filosofii de viaţă ce cuprinde catastrofarea, toleranţa scăzută la frustrare, condamnarea altora şi a propriei persoane precum şi gândirea de tipul „totul sau nimic".

Majoritatea oamenilor dispun de o tendinţă înnăscută de a transforma preferinţele lor în cerinţe absolutiste şi dogmatice. În momentul în care oamenii experimentează un eveniment activator considerat de ei ca fiind foarte negativ, frecvent se vor activa cerinţele absolutiste care la rândul lor vor duce la apariţia consecinţelor nocive de genul tulburărilor emoţionale (panică, furie, depresie) şi a comportamentelor disfuncţionale (izolare, amânare, abuzul de substanţă, violenţă etc.).

De asemenea, omul care suferă de o tulburare emoţională şi comportamentală, va formula (conştient sau inconştient) cerinţe absolutiste cu privire la obiectivele sale, evenimentele activatoare şi consecinţe. De asemenea, el va tinde să perceapă evenimentele activatoare ca fiind „groaznice" sau „teribile" atunci când ele sunt doar neplăcute sau chiar şi atunci când acestea sunt inexistente.

Conform teoriei R.E.B.T. omul tinde să-şi perpetueze dificultăţile psihologice datorită propriilor sale teorii naive cu privire la natura şi cauza acestora. Astfel, omul consideră că problemele sale se datorează în mare parte evenimentelor activatoare şi a consecinţelor. Drept urmare el îşi va focaliza energia asupra încercării de a schimba evenimentele şi nu a propriilor

credinţe. În consecinţă, omul ajunge mai degrabă să-şi menţină problemele şi nu să şi le rezolve.

Conform R.E.B.T.-ului o filosofie de viaţă alcătuită din preferinţe (dorinţe) constituie factorul esenţial al sănătăţii psihice. Acest tip de filosofie de viaţă permite urmărirea unui număr mare de scopuri într-o manieră „sănătoasă". Astfel, neatingerea acestora nu va genera gânduri, emoţii şi comportamente auto-dăunătoare ci *emoţii negative adaptative* ce vor conduce spre încercări ulterioare de atingere a obiectivelor respective sau la ajustări constructive atunci când obstacolele nu pot fi depăşite.

VI.5.7. Obiectivele R.E.B.T. şi schimbarea terapeutică

În cadrul R.E.B.T. se consideră că există diverse nivele ale schimbării. Astfel, schimbarea cea mai eficientă şi de durată, numită *schimbare elegantă*, implică substituirea filosofiei de viaţă caracterizată prin gândire iraţională cu una ce constă în gândire raţională. O astfel de schimbare poate fi *specifică* sau *generală*. Prima implică schimbarea cerinţelor absolutiste cu privire la anumite situaţii specifice, iar a doua constă în adoptarea de către individ a unei atitudini nondogmatice, flexibile faţă de viaţă şi lume în general.

Pentru realizarea acestei schimbării, terapeutul într-o primă etapă îl determină pe client să conştientizeze faptul că el este cel care îşi creează, în mare parte, tulburarea psihică şi că deşi condiţiile de mediu contribuie semnificativ la problemele sale acestea au o importanţă secundară pentru schimbare. Ulterior clientul (sau pacientul) va fi ajutat să-şi identifice abilităţile de a-şi modifica propriile tulburări. Următoarea etapă constă în educarea clientului cu privire la principiile R.E.B.T.-ului şi anume asupra faptului că tulburările psihologice sunt în mare parte determinate de credinţe iraţionale, absolutiste şi dogmatice. Ulterior se vor identifica credinţele iraţionale specifice clientului, după care acesta va învăţa să identifice astfel de credinţe fără ajutorul terapeutului precum şi să le diferenţieze de cele raţionale. Următorul pas este disputarea credinţelor iraţionale cu ajutorul metodelor specifice (acestea vor fi prezentate ulterior), în final clientul interiorizând noua filosofie de viaţă constituită din credinţe raţionale. După încheierea terapiei clientul va trebui să fie capabil să continue combaterea credinţelor iraţionale pe tot parcursul vieţii, fără ajutorul terapeutului, având la dispoziţie o multitudine de strategii.

Schimbarea întregii filosofii de viaţă a unei persoane (schimbarea elegantă) nu este întotdeauna posibilă. Prin urmare, adesea, terapia se rezumă la disputarea şi schimbarea credinţelor iraţionale din domenii specifice ale vieţii (schimbare la nivel specific). Clientul este iniţial învăţat să considere gândurile sale referitoare la diverse evenimente din realitate ca fiind ipoteze sau presupuneri, nu fapte incontestabile. Ulterior el va trebui să elaboreze o serie de ipoteze alternative şi să caute dovezi pentru a le confirma. Prin urmare, clientul va fi capabil să gândească mai obiectiv (raţional) şi să ia în

considerare diverse aspecte ale unei situaţii fără să apeleze instantaneu la acea cogniţie (sau set de cogniţii) ce declanşează distres şi tulburare psihică.

Există situaţii în care omul poate să acţioneze asupra evenimentului activator schimbându-l pe acesta. Deseori soluţia implică intervenţii la nivelul evenimentului activator astfel fiind necesară achiziţionarea de către client a unor strategii în acest sens (de exemplu: training asertiv şi tehnica rezolvării de probleme). Totuşi, deşi uneori modificarea evenimentului activator pare a soluţiona problema este recomandată o evaluare a credinţelor (nivelul cognitiv) clientului.

VI.5.8. Stilul terapeutic

R.E.B.T. implică un stil terapeutic *activ-directiv*, terapeutul implicându-se activ în direcţionarea clientului spre identificarea surselor problemelor sale psihologice precum şi în soluţionarea acestora. R.E.B.T.-ul poate fi considerat un model terapeutic educaţional întrucât clientul este învăţat să fie propriul său terapeut continuând combaterea credinţelor iraţionale pe cont propriu, în absenţa unui terapeut oficial după încheierea terapiei.

Cu toate acestea, un stil *foarte* directiv nu este eficient în toate cazurile. În consecinţă, terapeutul trebuie să fie flexibil alegând stilul terapeutic în funcţie de particularităţile fiecărui caz. Dryden (1993) recomandă evitarea următoarelor elemente: (a) interacţiuni excesiv de prietenoase cu clienţi „isterici"; (b) un stil excesiv de „intelectualist" cu clienţi „obsesiv-compusivi"; (c) stil excesiv de directiv cu clienţi a căror sens al autonomiei este uşor perturbat şi (d) stil excesiv de activ cu clienţi ce devin cu uşurinţă pasivi.

VI.5.9. Relaţia terapeutică

Cel mai important aspect al relaţiei terapeutice îl constituie *acceptarea necondiţionată* a clientului ca persoană. Aceasta implică faptul că terapeutul consideră clientul ca fiind o persoană ce are posibilitatea de a greşi sau de a se comporta contrar propriilor sale interese dar care niciodată nu poate fi în esenţă rea (sau bună). Doar comportamentul unei persoane poate fi favorabil (bun) sau mai puţin favorabil (rău) dar niciodată persoana în sine. Aceasta are valoare intrinsecă prin simplul fapt că există şi nici un comportament (oricât de rău) nu poate diminua din această valoare.

Terapeutul va tinde spre aşa numita *autenticitate terapeutică*, adică va manifesta o atitudine cât mai deschisă faţă de clientul său, dezvăluind informaţii despre experienţa sa în diverse aspecte problematice. Astfel, clientul va avea posibilitatea de a învăţa din aceste relatări utilizând informaţia obţinută în rezolvarea problemelor sale.

În cadrul R.E.B.T.-ului se încurajează utilizarea, în limite adecvate, a *umorului* deoarece se consideră că persoanele ce suferă de diverse tulburări

psihologice au o atitudine mult prea serioasă faţă de propria lor persoană şi lume. Prin urmare, utilizând umorul, terapeutul va scoate în evidenţă inconsistenţa concluziilor derivate dintr-o gândire iraţională. Umorul trebuie utilizat doar după stabilirea unui oarecare raport între terapeut şi client, atunci când terapeutul s-a asigurat că remarcile umoristice nu vor jigni clientul şi că acestea au o valoare terapeutică. Trebuie menţionat că niciodată nu se va ridiculiza problema clientului ci remarcile umoristice vor fi orientate întotdeauna înspre gândirea iraţională şi a comportamentelor auto-dăunătoare.

Terapeuţii ce practică R.E.B.T. manifestă o aşa numită *empatie filosofică* ce implică, pe de-o parte, elementele empatiei descrise de Carl Rogers, iar pe de altă parte, transmiterea mesajului că terapeutul înţelege filosofia de viaţă a clientului ce generează tulburarea emoţională.

Deşi nu există dovezi concrete cu privire la calităţile necesare terapeutului ce practică R.E.B.T., s-au propus o serie de ipoteze cu privire la acestea (Ellis şi Dryden, 1997). Deoarece R.E.B.T.-ul implică o terapie bine structurată, terapeutul trebuie să fie capabil să dispună de capacitatea de a lucra într-o manieră structurată dar în acelaşi timp să rămână flexibil şi să îşi schimbe modalitatea de lucru într-una mai puţin structurată în funcţie de cerinţele contextuale. O terapie eficientă necesită realizarea unor sarcini (prescripţii comportamentale) din partea clientului astfel, terapeutul trebuie să dispună de capacitatea de a instrui şi motiva clientul în realizarea acestora.

Una dintre calităţile esenţiale ale terapeutului este absenţa fricii de eşec. Aceasta implică faptul că terapeutul nu îşi apreciază propria valoare ca profesionist în funcţie de progresele clientului. Un terapeut eficient va avea *toleranţă ridicată la frustrare*, acceptându-şi propriile greşeli precum şi cele ale clientului.

Practicarea R.E.B.T.-ului necesită un stil de gândire ştiinţific, practic, empiric şi non-absolutist, precum şi utilizarea tehnicilor într-o manieră eclectică. Astfel, un terapeut eficient va trebui să dispună de un stil cognitiv corespunzător şi să fie flexibil în utilizarea tehnicilor terapeutice.

VI.5.10. Tehnici şi strategii de intervenţie

În general se consideră că există două tipuri principale de R.E.B.T.: (a) *generală* şi (b) *preferenţială*. R.E.B.T. general este sinonim cu terapia cognitiv-comportamentală (T.C.C.) iar R.E.B.T.-ul preferenţial prezintă o serie de caracteristici specifice.

Obiectivul principal al R.E.B.T.-ului preferenţial este reprezentat de schimbarea filosofiei de viaţă caracterizată prin gândire iraţională cu una caracterizată prin gândire raţională. În acest scop sunt utilizate o serie de strategii cognitive, emoţionale şi comportamentale.

În cadrul R.E.B.T.-ului se utilizează *eclectismul teoretic* care implică împrumutarea unor tehnici din diverse sisteme terapeutice dar utilizate în scopuri ce sunt corespunzătoare cu teoria fundamentală a R.E.B.T.-ului. În

alegerea unei strategii terapeutice trebuie să se ţină cont de beneficiile acesteia pe termen lung, fiind evitate acele tehnici ce produc beneficii pe termen scurt dar care generează dificultăţi pe termen lung.

Tehnici cognitive

Tehnica utilizată frecvent în cadrul R.E.B.T.-ului este *disputarea credinţelor iraţionale.* Dryden (1993) descrie trei tipuri (subcategorii) de disputare:

1. *Detectarea,* implică identificarea credinţelor disfuncţionale ce generează emoţii şi comportamente auto-dăunătoare.

2. *Dezbaterea,* constă în utilizarea unor întrebări cu scopul asistării clientului în combaterea credinţelor iraţionale. Terapeutul va interoga cu privire la utilitatea şi acurateţea credinţelor iraţionale astfel încât clientul va conştientiza natura iraţională a acestor cogniţii formulând în acelaşi timp cogniţii alternative raţionale. De obicei, dezbaterea implică trei categorii principale de argumente: (a) *empirice* – clientului i se solicită dovezi empirice cu privire la acurateţea credinţelor iraţionale; (b) *logice* – clientul este invitat să dovedească utilizând raţionamentul logic acurateţea credinţelor iraţionale; (c) *pragmatice* – se solicită clientului să dovedească utilitatea (concretă) credinţelor iraţionale.

3. *Discriminarea,* reprezintă asistarea clientului în diferenţierea categorică între valorile sale nonabsolutiste (de exemplu: dorinţe, preferinţe, plăceri, neplăceri) şi cele absolutiste (de exemplu: nevoi, pretenţii, imperative).

În situaţia în care clientul nu dispune de deprinderile intelectuale necesare disputării, se vor utiliza *auto-afirmaţii raţionale.* Acestea sunt afirmaţii elaborate de terapeut care au menirea de a combate credinţele iraţionale înlocuindu-le cu cele raţionale.

În urma disputării credinţelor iraţionale şi pentru întărirea noii filosofii de viaţă raţionale, terapeuţii R.E.B.T. folosesc frecvent *biblioterapia* care implică o consultare de către client a materialelor şi cărţilor de tip *„self help"* (auto-ajutorare). De asemenea, terapeutul poate oferi clientului *casete audio cu prelegeri R.E.B.T.* pe diverse teme sau chiar casete pe care sunt înregistrate propriile şedinţe. O altă modalitate de întărire a noii filosofii de viaţă este utilizarea de către client a tehnicilor de disputare cu alte persoane (familia sau prieteni) ajutându-le pe acestea să renunţe la credinţele lor iraţionale. Astfel, clientul, exersează disputarea utilizând argumente logice.

În cadrul R.E.B.T. se utilizează o serie de metode „semantice": (1) tehnica *„definirii"* – implică redefinirea termenilor utilizaţi de către client în limbajul său cotidian astfel încât expresiile auto-dăunătoare să fie înlocuite cu altele auto-promovatoare; (2) tehnica *„referinţei"* – constă în elaborarea de către client a unei liste ce conţine atât aspectele pozitive cât şi cele negative ale unui concept, astfel conştientizându-le pe cele negative.

Imageria raţional emotivă constă în utilizarea tehnicilor de disputare a credinţelor iraţionale în timp ce clientul îşi imaginează cu claritate evenimentul activator (A). O altă metodă imagistică este *proiecţia temporală.* Această tehnică este adesea utilizată cu acei clienţi care se tem de apariţia unui fenomen considerându-l „groaznic". Astfel, terapeutul solicită clientului să îşi imagineze viaţa după apariţia evenimentului temut. În acest fel clientul realizează faptul că viaţa continuă în ciuda evenimentului respectiv credinţa iraţională fiind combătută indirect.

Tehnici „emotive"

Prin atitudinea s-a de acceptare necondiţionată a clientului terapeutul oferă un suport iniţial acestuia. Astfel, indiferent de gravitatea comportamentului, terapeutul va accepta clientul ca persoană, considerând că orice om poate greşi. Terapeutul nu trebuie să fie de acord cu comportamentul manifestat de către client putându-şi exprima deschis dezacordul însă, într-o manieră ce transmite clientului mesajul că este totuşi acceptat ca persoană.

Una dintre tehnicile emotive de combatere a credinţelor iraţionale este *umorul.* Acesta permite ilustrarea naturii auto-dăunătoare a credinţelor iraţionale prin scoaterea în evidenţă a inconsistenţei logice a gândirii iraţionale şi a lipsei utilităţii pragmatice ale acesteia.

O altă metodă emotivă o constituie *auto-dezvăluirea.* Prin împărtăşirea propriei experienţe terapeutul oferă clientului o serie de informaţii utile pentru combaterea credinţelor iraţionale. Terapeuţii R.E.B.T. utilizează frecvent *motto-uri, poezii, aforisme, parabole* şi *remarci spirituale* alături de tehnicile cognitive pentru a spori eficienţa acestora.

Metoda *„atacului de ruşine"* implică realizarea de către client a unui comportament ce-i provoacă ruşine. Astfel, clientul învaţă pe de-o parte să tolereze disconfortul cauzat de ruşine, iar pe de altă parte să se accepte necondiţionat indiferent de performanţele sau comportamentul său. Această metodă este similară metodei flooding-lui întâlnită în cadrul terapiei comportamentale. Diferenţa dintre acestea o constituie accentul pus de către terapeuţi (şi teoreticieni) pe elementul curativ al metodei. În cadrul R.E.B.T.-ului se consideră că în urma „atacului de ruşine" clientul va conştientiza faptul că evenimentul temut nu este atât de groaznic în realitate pe cât este el în mintea sa. Astfel, vor fi combătute credinţele iraţionale ce alimentează aversiunea clientului (frica) faţă de evenimentul respectiv. O metodă diferită dar similară este *tehnica exerciţiilor de asumare a riscurilor,* ce constă în asumarea unor decizii de către client în acele domenii ale vieţii în care doreşte să survină schimbarea.

Tehnici comportamentale

Combaterea credinţelor iraţionale nu este posibilă în absenţa comportamentului bazat pe credinţe raţionale. Astfel, în cadrul R.E.B.T. sunt utilizate *prescripţiile comportamentale* în conformitate cu teoria fundamentală.

Scopul lor este acela de a-l determina pe client să se comporte în conformitate cu un set de credinţe raţionale. Se consideră că prin realizarea acestor comportamente clientul va conştientiza faptul că este capabil să deţină credinţe raţionale şi să acţioneze pe baza acestora.

În R.E.B.T. sunt utilizate prescripţii comportamentale menite să crească toleranţa la frustrare a clientului (de exemplu: tehnica atacului de ruşine sau exerciţiile de asumare a riscurilor). Alături de acestea sunt utilizate *exerciţii de combatere a tendinţei de amânare*, clientul fiind încurajat să se auto-motiveze în punerea în practică a unei activităţi neplăcute şi să nu o amâne. Scopul principal al acestor exerciţii este de asemenea creşterea toleranţei clientului la disconfortul cauzat de începerea activităţii şi renunţarea la obişnuinţa de amânare. R.E.B.T. implică utilizarea *recompenselor* şi *pedepselor*, menite să încurajeze iniţierea sarcinilor neplăcute dar necesare pentru atingerea obiectivelor fundamentale ale clientului.

O tehnică comportamentală esenţială este *jocul cu rol fix*. Clientul este încurajat să manifeste un comportament compatibil cu gândirea raţională dar înainte de orice încercare de disputare cognitivă sau emoţională a credinţelor iraţionale. O astfel de conduită constituie o modalitate indirectă de disputare a credinţelor iraţionale ce va facilita disputarea cognitivă şi/sau emoţională a acestora.

VI.5.11. Limite ale R.E.B.T.

Prima şi cea mai frecvent menţionată critică adusă la adresa R.E.B.T.-ului este faptul că sunt suprageneralizate aspectele privitoare la mecanismul etiopatogenetic a tulburărilor emoţionale acesta nefiind potrivit pentru explicarea tuturor tulburărilor psihologice. De asemenea, accentul pus pe elementul cognitiv şi pe ideea conform căreia existenţa umană eficientă este condiţionată de o gândire raţională nu corespunde cu asumpţiile filosofice a mai multor grupuri sociale şi culturale. Astfel, nici dezbaterea şi provocarea credinţelor personale, ce constituie esenţa strategiei terapeutice în R.E.B.T. nu este adecvată în aceste grupuri sociale şi culturale. Mai mult, plasarea elementului cauzal al patologiei în cadrul individului atrage după sine diminuarea (şi aproape excluderea) importanţei condiţiilor din mediul în care acesta trăieşte (Prochaska şi Norcross 1994).

Provocarea directă a credinţelor pacienţilor este ineficientă în cazul a mai multor tulburări, cum ar fi: adicţiile, parafiliile, atacul de panică, anorexia, bulimia şi tulburarea obsesiv-compulsivă. În cadrul terapiei unor astfel de tulburări un stil confruntativ al terapeutului va determina noncomplianţa clientului la procedurile terapeutice.

Teoreticienii psihanalişti susţin că de fapt în cadrul R.E.B.T. clientului i se confiscă mecanismele defensive construite de el şi i se oferă altele bazate pe raţionalizare şi intelectualizare. Astfel, R.E.B.T.-ul, prin aşa numita disputare reuşeşte doar să inducă şi mai multă confuzie şi anxietate la un

client care deja suferă de o oarecare tulburare emoţională. De asemenea, teoreticienii umanişti consideră că R.E.B.T.-ul încearcă în mod nejustificat să diminueze din capacitatea omului de a trăi emoţii puternice. Deşi aceşti specialişti sunt de acord că în unele situaţii emoţiile puternice sunt disfuncţionale acest fapt este nesemnificativ în comparaţie cu faptul că a trăii emoţii puternice negative reprezintă o trăsătură fundamental umană ce poate fi utilizată în scopuri benefice (Prochaska şi Norcross, 1994).

R.E.B.T.-ul este utilizat cu succes în cazul persoanelor ce dispun de un nivel intelectual adecvat pentru utilizarea tehnicilor de disputare. Eficienţa acestuia este însă diminuată în cazul clienţilor foarte tineri sau care nu reuşesc să urmărească raţionamentul logic sau pragmatic al argumentelor utilizate de către terapeut.

Există un număr redus de studii empirice care să dovedească eficienţa clinică a terapiei raţional-emotiv-comportamentale. Chiar Ellis (2001) a fost cel care a atras atenţia asupra faptului că este foarte dificilă evaluarea eficienţei terapeutice a R.E.B.T.-ului deoarece majoritatea studiilor se focalizează asupra măsurii în care s-a diminuat simptomatologia clientului sau măsura în care acesta se simte mai bine şi nu asupra modificărilor profunde survenite la nivelul filosofiei de viaţă a acestuia.

R.E.B.T.-ul este aprig criticat pentru faptul că acesta induce o îmbunătăţire în starea clientul însă această metodă de terapie are în cele mai bune cazuri eficienţă similară şi alteori chiar mai redusă decât alte modele terapeutice (de exemplu: desensibilizare, relaxare etc.). De asemenea, nu au fost elaborate studii prin care să fie identificate elementele esenţiale a terapiei raţional-emotive şi comportamentale (Prochaska şi Norcross, 1994).

VI.6. EDUCAŢIA RAŢIONAL EMOTIVĂ ŞI COMPORTAMENTALĂ

VI.6.1. Caracteristici

Educaţia raţional-emotivă şi comportamentală este o aplicaţie a R.E.B.T. în şcoală. Ellis caracteriza sistemul terapeutic R.E.B.T. ca fiind unul dintre cele mai didactice, pedagogice, instrucţionale, educative, dar şi re-educative (Watter, 1988).

În 1969, R.E.B.T. a fost prima dată aplicată unei clase de elevi, fiind fondată *„Şcoala Vieţii"* (The Living School), ca şi parte a Institutului Albert Ellis din New York. „Şcoala Vieţii" era de fapt o şcoală privată care integra în cadrul curriculei academice elemente de R.E.B.T. Pionierii acestei şcoli au fost 17 elevi, 9 de şase ani şi 8 de şapte ani. Activitatea elevilor viza atât însuşirea de cunoştinţe, cât şi formarea deprinderilor de interacţiune socială şi exprimare personală. Profesorii care predau la clasă erau cei ce transmiteau conceptele R.E.B.T. copiilor şi nu psihologii sau asistenţii sociali. Aceştia erau formaţi în R.E.B.T. participând la terapie de grup, printr-un curs special de studiu al metodelor R.E.B.T., care includea în şedinţe de supervizare, întâlniri regulate în care se discutau strategii individuale de educaţie raţional emotivă, precum şi consultaţii cu specialişti în R.E.B.T. care realizau şi vizite la clasă.

Educaţia raţional emotivă şi comportamentală are o filosofie identică cu cea a terapiei raţional emotive şi comportamentale, scopul major fiind învăţarea elevilor să dezvolte şi să utilizeze deprinderi de gândire raţională, astfel încât ei să devină mai buni rezolvitori de probleme, să-şi înţeleagă mai bine emoţiile şi să înveţe strategii de coping ce-i vor ajuta să facă faţă stresului emoţional.

Principiile educaţiei raţional-emotive şi comportamentale sunt următoarele (Vernon, 1990; Knaus, 2004):

1. Este posibil şi dezirabil să învăţăm copiii cum să se ajute pe ei înşişi să facă faţă vieţii într-un mod mai eficient;
2. Prin educaţie raţional emotivă oferim copiilor deprinderi necesare prevenirii tulburărilor emoţionale;
3. Aplică deprinderi de coping pe care le cunosc deja şi învaţă deprinderi de coping raţionale în condiţii simulate;
4. Educaţia REBT ajută copiii şi adolescenţii să dobândească deprinderi de gândire, să-şi formeze o concepţie sănătoasă despre sine şi alţii şi să modifice mediul înconjurător astfel încât să-şi dezvolte interesul faţă de sine şi relaţiile sociale;
5. Educaţia raţional emotiv comportamentală nu vizează patologia ci este un program pozitiv de sănătate mentală (Knaus şi Eyman, 1974);
6. Elementele ale R.E.B.T. se adaptează în funcţie de nivelul clasei.

Educaţia raţional emotivă şi comportamentală uzează de trei strategiile (Knaus şi Eyman, 1974) şi anume: 1) lecţii structurate (activităţi desfăşurate cu clasa întreagă); 2) integrarea conceptelor într-o programă formală (la orele de limba şi literatura română profesorul făcând trimitere la concepţiile de

viaţă ale personajelor unor lecturi şi modul în care acestea le influenţează reacţiile, poate ajuta elevii să înţeleagă relaţia dintre gânduri şi emoţii, respectiv comportamente); 3) exerciţii de aplicare a acestor concepte în viaţa reală (elevii mai mari pot modela pentru elevii mai mici practicarea gândurilor raţionale).

Indiferent de strategia îmbrăţişată, educaţia raţional-emotivă şi comportamentală face apel la metode didactice cum ar fi: lectura, jocul de rol, înregistrări audio-vizuale, discuţii pe grupuri mici, conversaţia, explicaţia, demonstraţia, modelarea etc.

Conceptele cheie ale educaţiei raţional emotive şi comportamentale sunt (Vernon, 1990; Vernon, 2004):

- *Acceptare de sine / stimă de sine*: înseamnă evaluarea globală a propriei noastre valori; educaţia raţional emotivă învaţă copiii şi adolescenţii să se accepte necondiţionat nu pe baza performanţei lor, a caracteristicilor sau părerii celorlalţi; ajută la dezvoltarea unui concept de sine real, adică acceptare calităţilor şi defectelor noastre şi acceptarea naturii umane de a face greşeli;
- *Cogniţii raţionale şi iraţionale* - în educaţia raţional emotivă, copiii şi adolescenţii învaţă să facă distincţie între fapte şi asumpţii, convingeri iraţionale şi convingeri raţionale, învaţă despre relaţia dintre convingerile iraţionale şi emoţii, să dispute aceste gânduri iraţionale în situaţii specifice şi să le înlocuiască cu cele raţionale;
- *Disputarea cogniţiilor* - este piatra unghiulară a R.E.B.T., toate formele de disputare pot fi implementate în cadrul lecţiilor de educaţie raţional emotivă;
- *Emoţii* - educaţia raţional emotivă formează elevilor un vocabular al emoţiilor, îi ajută să identifice intensitatea emoţiilor, să înţeleagă că gândurile sunt cauzele emoţiilor noastre şi să schimbe starea lor emoţională prin schimbarea la nivel cognitiv;
- *Comportamentele* - în cadrul lecţiilor de educaţie raţional emotivă elevii învaţă strategii de rezolvare a problemelor, să identifice consecinţele propriilor comportamente şi tehnici de modificare a comportamentelor dezadaptative prin auto-analiză raţională.

VI.6.2. Programe de educaţie raţional emotivă

Primul program de educaţie raţional emotivă a fost dezvoltat de Knaus (1974), redactând şi un ghid pentru profesorii din şcoala elementară. Knaus susţine ideea integrării conceptelor raţional emotive în cadrul lecţiilor dedicate diferitelor discipline. El oferă exemplul lecţiilor de lectură sau literatură în care elevii citesc despre mitologia antică, acest lucru ar putea fi utilizat pentru a exemplifica modul în care comportamentele oamenilor în antichitate erau influenţate de credinţa în zei, deci de mitologia pe care fiecare şi-o creează şi în

care apoi crede. În programul propus de Knaus, lecţiile cuprind şase componente (Kanus, 2004):

1. Informaţii pentru profesor sau consilier cuprinzând principii, concepte şi obiective ale lecţiei;
2. Introducerea lecţiei care oferă modalităţi de pregătire psihologică pentru lecţie a elevilor;
3. Conţinutul lecţiei ce descrie activităţile propuse;
4. Discuţii cu elevii despre semnificaţia şi aplicabilitatea conceptelor învăţate;
5. Teme de casă;
6. Verificarea temelor.

O parte dintre exerciţiile pe care el le descrie le-am prezentat mai sus. Programul propus de Knaus (1974) - *„Educaţia raţional emotivă: Un manual pentru profesorii din şcoala elementară"* (Rational emotive education: A manual for elementary school teachers) cuprinde următoarele teme: 1) Ce sunt emoţiile?; 2) De unde vin emoţiile?; 3) Diagrama Situaţii - Gânduri - Emoţii - Reacţii; 4) Măsurarea intensităţii emoţiilor; 5) Recunoaşterea şi provocarea neîncrederii şi neacceptării de sine; 6) Înţelegerea funcţiei activitate-greşeală şi rolul ei în învăţare; 7) Separarea părerilor de fapte; 8) Cerinţe absolutiste şi catastrofarea; 9) Module speciale: responsabilitate, roluri şi reguli; dezvoltarea perspectivei; discriminare şi stereotipuri; poreclele. Autorul intenţionează să revizuiască acest manual, cel nou va purta numele de *„Carate mentale pentru copii şi adolescenţi: O abordare din perspectiva educaţiei raţional emotive"* (Mental Karate for Kids & Teens: A Rational Emotive Education Approach). Knaus (2004) propune astfel noi teme: 1) Training metacognitiv; 2) Despre procrastinare şi amânarea ei; 3) Procrastinare şi dezvoltare personală; 4) Trainingul toleranţei la frustrare; 5) Aplicaţii ale educaţiei raţional emotive în prevenirea consumului de substanţe; 6) Formarea relaţiilor interpersonale; 7) Prevenirea anxietăţii; 8) Cum să facem faţă vinei; 9) Cum să facem faţă schimbării. De asemenea noul manual va fi însoţit de un curriculum suport care să descrie metodele ce pot fi folosite în cadrul lecţiilor.

Programele realizate de Ann Vernon *„Gânduri, Emoţii şi Comportamente"* (Thinking, Feeling, Behaving, Vernon, 1989) şi *„Programul Paşaport"* (The Passport Program, Vernon, 1998) oferă educatorilor, consilierilor, psihologilor şcolari, asistenţilor sociali un curriculum comprehensiv pe care-l pot folosi în a ajuta copiii şi adolescenţii în învăţarea conceptelor de sănătate mentală. Primul program a fost tradus în limba română de către Opre, David, Baltag şi Vaida (Venon, 2004; Vernon, 2006) sub denumirea de *„Dezvoltarea inteligenţei emoţionale"*. Activităţile propuse în acest curriculum vizează următoarele topici: Acceptare de sine; Emoţii; Credinţe şi comportamente; Rezolvarea problemelor şi luarea deciziilor; Relaţii interpersonale. Programul Paşaport grupează activităţile în următoarele arii: Dezvoltare personală, Dezvoltare emoţională, Dezvoltare socială şi Dezvoltare cognitivă.

Toate aceste activităţi aparţinând ambelor programe ţin cont de nivelul de dezvoltare a elevilor şi de problemele specifice ce pot să apară la un anumit nivel de dezvoltare şi la o anumită vârstă. Sunt stabilite obiective clare pentru fiecare lecţie, conţinutul specific ce vizează concepte raţional emotive, urmat de exerciţii de aplicare a acestor conţinuturi, exerciţii ce oferă posibilitate de exprimare elevului. Predarea conceptelor terapiei raţional emotive la clasă este susţinută (Vernon, 1990) de mai multe argumente şi anume:

- Terapia raţional emotivă are o natură educaţională, scopul ei este să ajute oamenii învăţându-i concepte de sănătate mentală;
- Convingerile iraţionale se leagă de multe probleme cu care copiii şi adolescenţii se confruntă şi anume: evaluarea propriei valori pe baza performanţelor şi de aici o imagine de sine negativă; evaluarea evenimentelor ca fiind groaznice şi de aici comportamente disfuncţionale (consum de substanţe); suprageneralizarea şi de aici incapacitatea de rezolvare a problemelor şi adoptarea unor comportamente impulsive (sinuciderea);
- Mulţi sunt prinşi în mrejele convingerii iraţionale că totul ar trebui să se realizeze cu uşurinţă şi de aici problemele de mobilizare pe termen lung şi de sârguinţă;
- Încercarea de schimbare a acestor convingeri iraţionale este o tentativă de a aduce o modificare profundă în elev şi nu una superficială.

Educaţia You Can Do It! este fondată de Michael Bernard şi este un sistem ce îşi propune să ajute toţi elevii să-şi dezvolte starea de bine şcolară, socială, emoţională şi comportamentală. Anul naşterii acestui program este 1987 şi debutul este reprezentat de cartea scrisă de Michael Bernard împreună cu Dark Hajder: „*You Can Do It! What Every Student (and Parent) Should Know about Success in School and Life*" (Poţi face! Ceea ce fiecare elev (şi părinte) ar trebui să ştie despre succesul în şcoală şi în viaţă). Programul este unic prin faptul că îmbină latura şcolară cu cea emoţională şi socială.

Bernard (2001 a, 2001 b, 2002) susţine că *4 Temelii* (Foundations) sunt necesare copiilor pentru ca ei să atingă starea de bine socială, emoţională şi comportamentală:

- încredere;
- persistenţă;
- organizare şi
- socializare.

Cercetările sale şi ale colaboratorilor săi arată că aceste patru temelii sunt susţinute de *11 deprinderi* pozitive ale minţii: 1) acceptare de sine, 2) asumarea riscului, 3) independenţă, 4) optimism, 5) locus of control intern, 6) toleranţă la frustrare, 7) stabilirea scopurilor, 8) managementul timpului, 9) toleranţă faţă de ceilalţi, 10) capacităţi de rezolvare de probleme şi 11) toleranţa limitelor, regulilor. Aceste deprinderi formează "*Setul mental pozitiv*". Programul este susţinut experimental, fiind cu aplicat succes în şcolile din Australia, SUA şi Anglia.

Sunt de asemenea evidenţiaţi *4 Blocanţi* (Blockers) ce conduc la insatisfacţie, eşec şi disconfort psihologic:

- stimă scăzută de sine - anxietate;
- evitarea generală a muncii;
- dezorganizare generală;
- rebeliune-furie.

Aceşti blocanţi sunt susţinuţi de *11 deprinderi negative ale minţii*: 1) autodepreciere, 2) perfecţionism, 3) nevoia de aprobare, 4) pesimism, 5) toleranţă scăzută la frustrare, 6) locus of control extern pentru învăţare, 7) orientare slabă spre scopuri, 8) management al timpului deficitar, 9) intoleranţă faţă de ceilalţi, 10) rezolvare impulsivă de probleme şi 11) intoleranţa limitelor. Acestea formează *„Setul mental negativ"*. Încă din anii 1980, Bernard atrăgea atenţia că dezvoltarea deprinderilor pozitive ale minţii ar trebui să stea la baza oricărui sistem de educaţie, pe baza lor pot fi atinse şi apoi consolidate obiectivele operaţionale ale educaţiei.

Educaţia You Can Do It! are trei componente:

- Programe de dezvoltare a elevilor - au fost proiectate o varietate de lecţii şi activităţi ce pot fi predate sau susţinute de către profesori, consilieri, psihologi şi alţi educatori care se focalizează pe dezvoltarea deprinderilor pozitive ale minţii şi eliminarea celor negative. Lecţiile se adresează elevilor claselor I-XII. Un volum ce cuprinde astfel de activităţi ar fi: *"Program de realizare: Un curriculum de lecţii despre cum să învăţăm elevii să se realizeze şi să dezvolte o stare de bine socială - emoţională şi comportamentală"* („Program Achieve: A Curriculum of Lessons for Teaching Students How to Achieve and Develop Social - Emotional - Behavioral Well - Being");
- Predarea şi învăţarea în clasă - se adresează profesorilor cu scopul ca aceştia să integreze deprinderile pozitive în cadrul diferitelor ore la disciplinele pe care le predau;
- Educaţia părinţilor - se adresează părinţilor pentru a susţine şcoala în dezvoltarea deprinderilor pozitive la copii.

VI.6.3. Aplicaţii ale educaţiei raţional - emotive şi comportamentale pentru elevi

Cercetarea în domeniul educaţiei raţional emotive şi comportamentale, comparativ cu cercetarea în R.E.B.T. nu este atât de prolifică.

Trip (2007) realiza o meta-analiză cantitativă a studiilor vizând eficienţa educaţiei raţional emotive şi comportamentale cu copiii şi adolescenţii, concluzionând că prin educaţie raţional emotivă şi comportamentală se modifică puternic cogniţiile iraţionale şi comportamentele dezadaptative ale acestora, efectul este mediu în diminuarea cogniţiilor inferenţiale şi a emoţiilor. După cum era de aşteptat, educaţia raţional emotivă se dovedeşte a fi mai eficientă decât alte intervenţii (relaxare, relaţii umane, training

autoinstrucţional, experienţială) în modificarea cogniţiilor iraţionale, mărimea efectului fiind ridicată în cazul comparaţiei R.E.E. cu alte forme de intervenţie. Dintre cogniţiile inferenţiale locus-ul controlului este puternic afectat. Un efect mediu se constată în dezvoltarea conceptului pozitiv de sine şi a stimei de sine crescute. Cogniţiile ce susţin orientarea personală şi autodirecţionarea, precum şi cogniţiile atribuirilor şi autoeficacităţii sunt mai puţin afectate de educaţia raţional emotivă. Eficienţa educaţiei raţionale emotive în diminuarea stărilor emoţionale negative variază în funcţie de emoţie. Efectul este mai puternic în diminuarea îngrijorării ca emoţie negativă funcţională, urmată de emoţionalitatea relaţionată cu anxietatea de testare, furie şi anxietate (combinând anxietatea de testare, anxietatea ca trăsătură şi anxietatea ca stare). Mai puţin eficientă este în reducerea neuroticismului şi insanităţii mentale, precum şi a depresiei. Prin implicarea într-un program de educaţie raţional emotivă, elevii îşi reduc comportamentul de „a fugi de la şcoală", efectul fiind foarte puternic. Se reduc şi alte comportamente problematice, cresc notele şcolare şi se îmbunătăţeşte relaţionarea cu ceilalţi.

Prezentăm în cele ce urmează câteva activităţi pentru elevi care ţintesc modificarea la nivel emoţional, cognitiv şi comportamental.

Activitatea 1

Să desenăm furia

Obiective:

- Să folosească simbolurile, culorile pentru a reda furia;
- Să compare simbolurile, culorile furiei cu cele folosite pentru a reprezenta o altă emoţie la alegere.

Materiale: foi de flipchart, carioca, culori, acuarelă.

Procedură:

Se împart elevii în patru grupuri. Fiecare ia câte o foaie de flipchart. Sunt rugaţi să folosească toate materialele pentru a reprezenta furia. Pe o altă foaie de hârtie ei vor reprezenta o altă emoţie urmând o procedură similară. Se face turul galeriei.

Discuţii:

1. Întrebări de conţinut: Seamănă desenele furiei între ele? Prin ce? Ce reprezintă simbolistica aleasă? Ce caracteristici ale furiei sunt redate în desene? Se diferenţiază desenul furiei de desenul altei emoţii? Prin ce? Au cele două emoţii caracteristici diferite / similare?

2. Întrebări de personalizare: Reprezentările pe care fiecare din grup le-a avut denotă o furie mare sau mică? V-aţi împărtăşit experienţele de furie în timp ce aţi desenat? V-a fost uşor / greu să reprezentaţi furia? Cum explicaţi? Aţi retrăit furia în timp ce desenaţi? Dar celelalte emoţii?

Sugestii pentru lider:

Accentul cade pe specificul manifestării furiei.

Activitatea 2

Nu am chef să învăţ!

Obiective:

- Să identifice gândurile de toleranţă scăzută la frustrare verbalizate prin „Nu am chef să învăţ";
- Să experienţieze consecinţele emoţionale şi comportamentale ale acestui tip de cogniţii;
- Să identifice alternativa raţională ce conduce la motivarea în vederea realizării sarcinilor de învăţare.

Materiale: secvenţe din filmul Liceenii.

Procedură:

Sunt reactualizate informaţiile transmise în ora anterioară, insistând asupra relaţiei dintre mesajele de tipul „Nu am chef" şi comportamentele de amânare.

Se vizionează secvenţe din filmul Liceenii, în care personajul Ionică verbalizează mesaje de tipul „Nu am chef să învăţ!", urmărindu-se consecinţele în plan academic. De asemenea, sunt evidenţiate şi modalităţile prin care el reuşeşte să realizeze sarcina de învăţare.

După vizionarea şi discutarea secvenţelor, elevii sunt rugaţi să îşi amintească experienţe în care ei au manifestat cogniţii de tipul „Nu am chef să învăţ!", precum şi comportamente de amânarea a sarcinilor de învăţare. Se insistă asupra importanţei schimbării mesajelor iraţionale de tipul „Nu am chef să învăţ!".

Discuţii:

1. Întrebări de conţinut: Care este atitudinea lui Mihai faţă de pregătirea pentru ora de matematică? Dar a lui Ionică? Care sunt mesajele pe care ei şi le transmit? Ce face Mihai? Dar Ionică? Unde-l găseşte Ionică pe Mihai după ce se întorc de la film? Care este comportamentul celor doi la ora următoare de matematică? Cum învaţă Ionică pentru teză? Ce îşi spune el atunci când Mihai îl surprinde dormind? Ce face după ce Mihai pleacă în atelier? Ce se întâmplă a doua zi la teză? Ce intenţii avea Ionică? Cum procedează Mihai? Care sunt consecinţele comportamentului său pe termen scurt? Dar pe termen lung? Ce a învăţat Ionică din atitudinea lui Mihai? Cum decurge pregătirea lui Ionică pentru a evita corigenţa? Ce îşi spune el în acest timp? Care sunt tendinţele lui Ionică de a fugi de învăţare (spaţiu, mâncare etc.)? Ce îi spune Mihai lui Ionică? Cum s-a descurcat Ionică la tablă?

2. Întrebări de personalizare: Au fost situaţii în care aţi procedat ca şi Ionică? Ce aţi gândit? Care au fost consecinţele? Vi s-a întâmplat să amânaţi pregătirea pentru teză, teste şi să procedaţi ca şi Ionică în ultima zi? Ce aţi gândit de aţi amânat pregătirea? Care au fost consecinţele? Ce părere aveţi despre comportamentul lui Mihai faţă de Ionică în timpul tezei? Aţi proceda la fel ca şi Mihai? Ce părere aveţi despre reacţia lui Ionică de după teză? În timp ce învăţaţi aveţi comportamente similare celor manifestate de Ionică? Sunt ele legate de mesajele pe care vi le transmiteţi? V-aţi transmis vreodată vouă mesajele pe care Mihai i le comunică lui Ionică pentru a-l ajuta să înveţe? V-au ajutat aceste mesaje? Ce alte tipuri de mesaje aţi putea să verbalizaţi în situaţiile de amânare?

Sugestii pentru lider:

Liderul trebuie să sublinieze diferenţierea dintre mesajul iraţional şi cel raţional şi să evidenţieze consecinţele pe termen scurt şi lung ale cogniţiile de tipul LFT faţă de învăţare.

Activitatea 3

Comportamente care dor

Obiective:

- Să conştientizeze prezenţa fenomenului de agresivitate şi hărţuire în rândul liceenilor;
- Să identifice gândurile iraţionale de tipul „Nu-l suport/ Nu o suport";
- Să realizeze portretul abuzatorului şi al abuzatului.

Materiale: chestionare.

Procedură:

Fiecare elev va primi un chestionar la care trebuie să răspundă anonim. Se stabileşte un grup de elevi care va colecta chestionarele şi le va prelucra. Pentru fiecare comportament se va calcula frecvenţa cu care se manifestă - frecvenţă scăzută (variantele niciodată şi rareori), medie (varianta uneori) şi frecvenţă crescută (variantele deseori şi întotdeauna). Rezultatele vor fi trecute pe tablă. Se trece apoi la discuţii.

Discuţii:

1. Întrebări de conţinut: Care sunt comportamentele manifestate cu frecvenţă scăzută? Dar cele cu frecvenţă crescută? De ce credeţi că unii elevi manifestă astfel de comportamente? La ce credeţi că se gândesc în momentul în care se comportă astfel? Cum aţi schiţa portretul unui astfel de elev? Ce credeţi că simte victima? La ce se gândeşte? Cum reacţionează? Care sunt consecinţele reacţiilor acestuia? Care credeţi că ar fi soluţiile cele mai potrivite pentru a împiedica acest fenomen?

2. Întrebări de personalizare: Cât de des aţi manifestat voi aceste comportamente? Ce aţi gândit atunci? Credeţi că în aceste situaţii aţi fost văzut asemenea elevului care abuzează? Cât de des aţi fost victimele unor astfel de comportamente? Ce aţi simţit? Ce aţi gândit? Ce aţi făcut? Cum aţi reacţionat în momentul în care aţi fost martori la abuzul asupra altor elevi?

Sugestii pentru lider:

Liderul va împărţi clasa în trei grupuri. Primul grup are sarcina de a căuta informaţii despre fenomenele de agresivitate şi hărţuire între elevi. Al doilea grup va aplica colegilor din şcoală chestionarul pe care l-au completat. Al treilea grup va identifica şi intervieva victime ale acestor fenomene. Toate informaţiile şi datele culese vor fi utilizate în ora următoare.

Structura interviului

1. Când ai fost abuzat prima dată? Cum s-a întâmplat?
2. Ţi se întâmplă frecvent acest lucru?
3. Mi-ai putea povesti o astfel de întâmplare?
4. Ce simţi când ţi se întâmplă?
5. Ce gândeşti?
6. Cum reacţionezi de cele mai multe ori?
7. A fost vreo situaţie în care ai reacţionat altfel?
8. Cum reacţionează ceilalţi colegi când tu eşti abuzat?
9. Există persoane care te susţin şi te înţeleg?
10. Ce i-ai spune celui care te hărţuieşte şi nu poţi?

Chestionar

Gândiţi-vă la elevii de liceu în general şi evaluaţi măsura în care ei manifestă următoarele comportamente

	niciodată	rareori	uneori	deseori	întotdeauna
Lansează zvonuri jenante despre ceilalţi					
Umilesc					
Îi împing şi îi lovesc pe ceilalţi					
Adresează cuvinte batjocoritoare celorlalţi					
Îi hărţuiesc telefonic pe ceilalţi					
Folosesc internetul pentru a intimida					
Se cred superiori celorlalţi					

VI.6.4. Aplicaţii ale educaţiei raţional-emotive şi comportamentale pentru părinţi

Joyce (1995) examinează efectul unui program de educaţie pentru părinţi bazat pe principiile raţionale. Programul include patru componente: reducerea distresului emoţional prin disputarea cogniţiilor iraţionale, implementarea metodelor de disciplinare raţionale, formarea deprinderilor de rezolvare de probleme şi formarea gândirii raţionale la copii. Participanţii sunt 48 de părinţi ai unor copii de şcoală primară şi gimnazială, ei fiind aleator împărţiţi în patru grupuri experimentale şi două de control. Trainingul a durat 12 săptămâni, întâlniri săptămânale a câte o oră şi jumătate pe săptămână. S-a evaluat nivelul cogniţiilor iraţionale ale părinţilor (Parent Irrational Belief) starea emoţională (furie şi vină - Scala de sentimente Beger (Berger's Feeling Scale), anxietate şi stare de bine - Scala de măsurare a stării/trăsăturii de anxietate Spielberger (Spielberger's State-Trait Anxiety Scale), auto-blamare - subscala de performanţă parentală a Scalei Cleminshaw - Guidubaldi de satisfacţie parentală (Scalei Cleminshaw - Guidubaldi Parent Satisfaction Scale), disconfort parental faţă de problemele copilului - subscala de probleme a Inventarului de probleme ale copiilor Eyberg (Eyberg Child Behavior Inventory); perceperea comportamentelor şi problemelor emoţionale ale copiilor. Partenerul completează de asemenea un chestionar cu privire la stilul parental al soţiei (soţului) aflat în grupul experimental. În urma trainingului, grupul experimental manifestă mai puţine cogniţii iraţionale,

pentru toate categoriile. Cel mai puternic efect s-a obţinut pentru LFT, urmat de „trebuie" şi „evaluarea propriei valori". Programul a redus de asemenea distresul emoţional al părinţilor, efectul cel mai puternic existând pentru vină. Nu s-au obţinut diferenţe semnificative pentru identificarea problemelor copiilor şi nici asupra variabilei partener. Părinţii care au intrat în training cu un nivel mai ridicat de furie şi anxietate au înregistrat diminuarea cea mai puternică a acestor emoţii. Diferenţele dintre pre-posttest pentru iraţionalitate corelează cu diferenţele pre-posttest la furie, anxietate ca trăsătură şi sentimente de neputinţă. Diferenţele pentru LFT corelează cu diferenţele la sentimentele de neputinţă, diferenţele pentru evaluarea propriei valori corelează cu diferenţele la vină, neputinţă şi anxietate ca trăsătură. Diferenţele pentru trebuie nu corelează semnificativ cu niciuna dintre schimbări. Se obţin corelaţii semnificative între diferenţele pre-posttest şi pre - follow-up (10 luni), acest lucru indicând că descreşterea iraţionalităţii se menţine. S-a observat de asemenea că acei părinţi care în perioada follow-up manifestă o reducere a scorurilor pentru evaluarea globală a propriei valori percep diferit problemele copiilor.

Pruzek (2000) roagă 367 de părinţi ai unor elevi de clasa a VII-a să completeze o scală de eficacitatea parentală, chestionarul fundamentelor mentale, forma scurtă pentru deprinderile mintale. S-au obţinut corelaţii semnificative între cele patru fundamente, deprinderile mentale şi performanţa şcolară a elevilor. Aceste corelaţii au fost mai puternice decât corelaţiile eficacităţii parentale cu performanţa şcolară. Analiza factorială a evidenţiat 4 factori: setul mental pozitiv pentru succes şcolar, setul mental negativ pentru dezvoltare socio-emoţională, eficacitate parentală negativă şi capacitatea copiilor de relaţionare. Primul factor corelează cel mai puternic cu performanţa şcolară a elevilor.

Perez-Nieves (2001) încearcă să examineze eficienţa educaţiei raţionale pentru părinţi în reducerea stresului părintelui şi îmbunătăţirea atenţiei şi activităţii copilului. Un număr de 30 de părinţi hispanici cu copii preşcolari din educaţie specială au fost împărţiţi în două grupuri experimentale: educaţie raţională plus training parental şi simplu training parental. Se foloseşte grup de control. Se aplică o scală de index al stresului parental, o scală de evaluare comportamentală a copiilor cu ADHD în pretest, posttest şi follow-up. Rezultatele nu susţin ipoteza că educaţia raţională îmbinată cu trainingul parental are eficienţă superioară comparativ cu trainingul parental sau cu grupul de control, dar totuşi efectele sale asupra variabilelor dependente sunt mai puternice.

Vom prezenta mai jos trei activităţi de educaţie raţional emotivă pentru părinţi.

Activitatea 1

Emoţiile

Obiective

- Să dea exemple de experienţe pozitive şi negative avute în relaţia cu copilul;
- Să îşi împărtăşească situaţiile notate în grup cât şi individual astfel încât să se pună de acord cu întreg grupul asupra unei singure situaţii;
- Să discute despre emoţiile pe care copilul le-a avut în aceste situaţii;
- Să evalueze cât de intense au fost emoţiile lor şi ale copiilor.

Procedură

Părinţii sunt împărţiţi în două grupuri. Primul grup este rugat să discute experienţe pozitive din relaţia cu copilul, al doilea situaţii negative caracteristice relaţiei cu copiii. Apoi ei sunt rugaţi să încerce să găsească o situaţie în care toţi au simţit aceeaşi emoţie. Sunt invitaţi pe urmă să discute despre emoţiile pe care copiii lor le-au avut în acele situaţii. Ei trebuie să evalueze cât de intense au fost emoţiile lor şi emoţiile copiilor.

Discuţii

1. Întrebări de conţinut: Ce situaţii similare aţi găsit? Aţi răspuns toţi cu aceeaşi emoţie? Dar copiii au avut o emoţie similară părinţilor? Toţi copiii au resimţit aceeaşi emoţie, dacă da au avut aceeaşi intensitate?

2. Întrebări de personalizare: A fost greu să găsiţi o situaţie cu care v-aţi confruntat şi în care să resimţiţi toţi aceeaşi emoţie? Şi chiar dacă aţi găsit emoţia, a fost dificil să decideţi intensitatea ei? De ce credeţi că apar aceste diferenţe? Au apărut diferenţe între dumneavoastră şi copil? A resimţit el o altă emoţie sau intensitatea lui a fost aceeaşi cu intensitatea emoţiei dumneavoastră? Daţi un exemplu în care şi dumneavoastră şi copilul aţi resimţit aceeaşi emoţie. Cele două emoţii au avut aceeaşi intensitate? Ce face diferenţa de emoţii sau de intensitate a emoţiei?

Sugestii pentru lider

Se poate da ca şi temă de casă monitorizarea emoţiilor negative disfuncţionale ale copiilor.

Activitatea 2

Greşelile în relaţia cu copilul

Obiective

- Să citească cu atenţie gândurile de pe fişele de lucru;
- Să scrie situaţii în care au avut astfel de gânduri şi emoţia simţită;
- Să discute în grupuri şi colectiv situaţiile scrise;
- Să îşi reamintească cercul cu calităţi şi defecte ale părinţilor.

***Materiale*:** fişe de lucru.

Procedură

Părinţii sunt împărţiţi în trei grupuri. Fişele de lucru conţin nişte gânduri, se împart aceste materiale părinţilor. Sunt rugaţi să citească fiecare afirmaţie cu atenţie. Părinţii vor nota o situaţie în care au avut astfel de gânduri, realizând o analiză pe

baza modelului ABC, unde A reprezintă situaţia, B gândurile, iar C consecinţele emoţionale şi comportamentale. Se discută exemplele părinţilor.

Discuţii

1. Întrebări de conţinut: Care a fost situaţiile exemple? Sunt gânduri care se repetă în diferite situaţii? Sunt asemănări şi deosebiri între părinţi?

2. Întrebări de personalizare: Ce aţi gândit? Ce aţi simţit? Cât de intensă a fost emoţia dacă am măsura-o pe o scala de la 1 la 10? Ce aţi făcut? Aceste gânduri apar când greşim în relaţia cu copilul? Faptul că greşim spune despre noi că suntem părinţi răi sau că am făcut o greşeală şi atât? E important să ne vedem greşeala şi să o corectăm? Vă ajută astfel de gânduri în relaţionarea cu copii?

Sugestii pentru lider

Părinţii pot avea ca şi temă de casă monitorizarea gândurilor iraţionale manifestate în relaţia cu copilul.

Fişa de lucru

1. Nu trebuie să greşesc în relaţie cu copilul, dacă o fac sunt un părinte rău/ratat;
2. Nu sunt un părinte bun deoarece copilul meu are probleme;
3. Valoarea mea ca părinte depinde de performanţa copilului meu;
4. Dacă alţii cred că sunt un părinte slab, atunci aşa sunt;
5. Dacă se comportă copilul meu urât, înseamnă că sunt un părinte groaznic;
6. Dacă nu mă iubeşte copilul meu înseamnă că sunt fără valoare;
7. Când nu fac ceea ce cred că ar trebui să facă un părinte bun, sunt un ratat;
8. Dacă nu eşti un părinte remarcabil sau faci greşeli, eşti groaznic şi nu ai valoare;
9. Dacă alţii cred că sunt un părinte deplorabil, nu am nici o valoare;

Activitatea 3

Pedeapsa

Obiective

- Să completeze tabelul cu folosirea pedepselor din fişa de lucru;
- Să analizeze colectiv situaţiile de pedeapsă şi consecinţele acestora;
- Să înţeleagă termenul de pedeapsă;
- Să cunoască scopul utilizării pedepselor.

Materiale: fişe de lucru.

Procedură

Părinţii sunt împărţiţi în grupuri. Fişele de lucru conţin un tabel în care părinţii trebuie să scrie comportamentul pentru care au pedepsit copilul, pedeapsa aplicată şi consecinţele pedepsei. Fiecare părinte citeşte fişa celorlalţi părinţi din grupă. Se oferă informaţii despre pedeapsă, se face distincţia între pedeapsă, întărire şi consecinţele comportamentului. O pedeapsă este o consecinţă a unui comportament care diminuează acel comportament. Pedeapsa nu rămâne aceeaşi tot timpul. Se ajută părinţii să descopere acele consecinţe care ar putea fi pedepse pentru comportamentele disfuncţionale ale copiilor. Sunt rugaţi de asemenea să scrie pe o foaie gândurile pe care le-au avut după ce au pedepsit copilul.

Discuţii

1. Întrebări de conţinut: Ce comportamente au manifestat copiii? De ce aţi folosit pedepsele? Ce s-a întâmplat cu comportamentul copilului după pedeapsă, s-a diminuat sau s-a schimbat? Dacă comportamentul nu s-a diminuat pedeapsa a fost bună? Care este scopul pedepselor?

2. Întrebări de personalizare: V-aţi simţit vreodată vinovat după ce aţi pedepsit copilul? Ce aţi gândit? Ce aţi schimba în modul în care folosiţi pedepsele în educarea copilului?

Sugestii pentru lider

Părinţii vor analiza lista de gânduri pe care le-au avut după ce au pedepsit copilul. Liderul trebuie să insiste asupra ideii că nu copilul este pedepsit ci comportamentul acestuia.

VI.6.5. Aplicaţii ale educaţiei raţional-emotive şi comportamentale pentru profesori

Distresul profesorilor a fost un domeniu intens cercetat în ultimii ani, cercetările vizând în special sursele şi efectele acestuia. Sănătatea mentală a cadrelor didactice constituie o premisă importantă în eficienţa actului didactic, precum şi în calitatea relaţiei profesor-elev. Evaluarea eficienţei programelor de intervenţie în acest domeniu nu a cunoscut o amploare deosebită, Kyriacou (2001) susţinând necesitatea evaluării acestui tip de programe. Forman (1982) a implementat un program de dezvoltare raţional emotivă pentru cadre didactice, rezultatele evidenţiind modificări la nivel cognitiv din pretest în posttest. Trei ani mai târziu, Forman (1983, *apud* Forman, 1990) a investigat eficienţa unui training de inoculare a stresului adaptat pentru profesori. Participarea profesorilor într-un astfel de program a condus la reducerea semnificativă a nivelului stresului şi anxietăţii, precum şi a manifestărilor anxioase ale acestora în timpul activităţilor didactice. Maag (2008) evidenţia lipsa studiilor care să ateste utilizarea terapiei raţional emotive şi comportamentale în gestionarea distresului emoţional al profesorilor, subliniind totodată necesitatea unor astfel de programe.

În cele ce urmează vom descrie trei activităţi dedicate profesorilor ce ţintesc emoţii, cogniţii şi comportamente.

Activitatea 1

Consecinţele furiei

Obiective

- Să cunoască consecinţele furiei.

Materiale: fişa de lucru.

Procedură

Se va scrie pe o foaie comună mai multe exemple de comportamente ale elevilor şi ale celorlalţi colegi care le declanşează furia.

Comportamente inadecvate ale elevilor	Comportamente inadecvate ale colegilor

Se cere profesorilor să definească furia. La sfârşit li se dă o definiţie a furiei. Se analizează posibile cauze ale comportamentelor indisciplinate ale elevilor cum ar fi: învăţare prin imitaţie de la părinţi, TV, cei din jur, genul de a gândi, personalitatea fiecăruia, neglijenţa părinţilor, copilul este ignorat, cei din jur au acţionat greşit, expectanţe nerealiste din partea altora etc. Toate cauzele enumerate de profesori vor fi scrise pe tablă. Se discută apoi consecinţele furiei: probleme la serviciu, probleme de sănătate, furia duce la agresivitate, anxietate, depresie, abuzul de substanţe, boli de inimă. Fiecare profesor va primi o fişă de lucru pe care va scrie un comportament (al elevilor sau colegilor) care a dus la furie şi efectele negative-pozitive ale furiei.

Fişa de lucru

COMPORTAMENT

EFECTE NEGATIVE EFECTE POZITIVE

Discuţii

1. Întrebări de conţinut: Ce comportamente ale elevilor sau colegilor aţi identificat drept stimuli ai furiei dumneavoastră? Care credeţi că ar fi posibilele cauze ale furiei elevilor? Ce consecinţe pozitive şi negative ale furiei aţi identificat?

2. Întrebări de personalizare: În exemplele pe care le-aţi dat, cât de intensă a fost furia dumneavoastră? Ce senzaţii fiziologice însoţesc emoţiile de aceeaşi intensitate? Ce comportamente aţi manifestat atunci? Cum s-au comportat ceilalţi faţă de dumneavoastră atunci când aţi manifestat această furie? Conştientizând posibilele cauze ale comportamentelor indisciplinate ale elevilor şi consecinţele furiei în viaţa dumneavoastră, cât de motivaţi sunteţi să încercaţi să diminuaţi această emoţie negativă disfuncţională manifestată în relaţia cu elevii?

Sugestii pentru lider

Se va scote în evidenţa faptul că efectele negative sunt în număr mai mare decât cele pozitive.

Activitatea 2

Natura emoţiilor

Obiective

- Să se familiarizeze cu modelul ABC;
- Să descopere legătura dintre B-C.

Materiale: tablă.

Procedura

Se cere profesorilor să reactualizeze acte de indisciplină ale elevilor cu care s-au confruntat frecvent. Sunt rugaţi să identifice emoţiile pe care le-au resimţit în acele momente şi comportamentele pe care le-au realizat, alături de metodele de disciplinare pe care le-au folosit. Se notează exemplele pe tablă în model: A - evenimentele, B - cogniţii, C - emoţii şi comportamente.

Discuţii

1. Întrebări de conţinut: S-a întâmplat ca mai mulţi să vă confruntaţi cu aceleaşi acte de indisciplină ale elevilor? Toţi aţi manifestat aceleaşi emoţii faţă de acestea? Există diferenţe de comportament şi metode de disciplinare în funcţie de emoţiile resimţite atunci? Ce comportamente indisciplinate au manifestat elevii.

2. Întrebări de personalizare: Ce emoţii aţi simţit în momentul în care elevii s-au comportat indisciplinat? Ce aţi făcut? Ce metode de disciplinare aţi folosit? Ce aţi gândit? Ce părere aveţi despre metodele de disciplinare pe care le-aţi folosit? Ce efecte au avut ele? Cum au reacţionat elevii faţă de dumneavoastră şi comportamentele pe care le-aţi manifestat? Aţi recomanda metodele de disciplinare pe care le-aţi folosit şi altor profesori? Aţi fost furioşi pe elevi? Ce aţi gândit? Ce aţi făcut?

Sugestii pentru lider

Se subliniază legătura dintre B şi C.

Activitatea 3

Comportamentele mele

Obiective

- să facă distincţia între comportamentele pasive, asertive şi agresive;
- să conştientizeze avantajele şi dezavantajele acestor tipuri de comportamente;
- să identifice tipurile de cogniţii iraţionale asociate lor.

Materiale: material Comportament pasiv – asertiv - agresiv, secvenţe din filmul *Dangerous minds* (partea 1, partea 2).

Procedură

La începutul activităţii vor fi analizate tipurile de întăriri şi pedepse administrate de profesori în săptămâna trecută, modalitatea de administrare, efectul acestora şi dificultăţile întâmpinate.

Fiecare participant va primi un material Comportament pasiv – asertiv - agresiv. Liderul va clarifica aspectele teoretice legate de cele trei tipuri comportamentale, subliniind avantajele adoptării unui comportament asertiv. Pe parcursul prelegerii, liderul va modela aceste trei tipuri de comportamente. Profesorii vor fi întrebaţi care dintre aceste comportamente le sunt specifice.

Se va viziona două scene din filmul Dangerous minds. În aceste două scene vor fi prezentate două tipuri de comportamente din partea profesorului, unul pasiv şi unul asertiv. Profesorii vor fi împărţiţi în patru grupuri, sarcina lor fiind să analizeze aceste comportamente (aspectele verbale şi nonverbale, ce a simţit profesorul, cum a reacţionat profesorul şi ce a gândit profesorul). Fiecare grup îşi va prezenta concluziile.

Discuţii

1. Întrebări de conţinut: Care au fost aspectele verbale şi nonverbale pe care le-aţi sesizat la profesor în cazul comportamentului pasiv? Ce a simţit acesta? Cum a reacţionat? Ce gândea el? Care au fost aspectele verbale şi non verbale pe care le-aţi sesizat la profesor în cazul comportamentului asertiv? Ce a simţit acesta? Cum a reacţionat? Ce gândea el? Care credeţi că este diferenţa dintre cele două tipuri de comportamente şi care este cel mai avantajos? De ce? Ce a schimbat profesorul în modul său de gândire în cazul comportamentului asertiv?

2. Întrebări de personalizare: Aţi manifestat vreodată un comportament pasiv? Ce aţi simţit? Cum aţi reacţionat? La ce v-aţi gândit? În ce fel v-a ajutat? Aţi manifestat vreodată un comportament asertiv? Ce aţi simţit? Cum aţi reacţionat? Ce aţi gândit? V-a ajutat? Cum?

Sugestii pentru lider

Liderul trebuie să sublinieze avantajele comportamentului asertiv şi să îi ajute pe profesori în identificarea gândurilor asociate celor trei tipuri de comportamente.

Fişă comportamente pasiv – asertiv - agresiv

Comportamentul pasiv

Aspecte verbale

- Persoana nu ţine cont de dorinţele personale permiţându-le celorlalţi să-şi promoveze dorinţele şi proiectele
- Incapacitatea de a exprima dorinţele, aşteptările şi sentimentele sau exprimarea indirectă a acestora.

Aspecte nonverbale

- Contact vizual: priveşte în jos sau în altă direcţie.
- Postura - nu stă în faţa interlocutorului.
- Gestică: neliniştite, gesturi de mică anvergură orientate spre propriul corp.
- Distanţă - mai mare de 1 m.
- Latenţă - pauză mare între momentul în care interlocutorul a terminat ceea ce a avut de spus şi a răspuns.
- Vocea - volum foarte scăzut, monotonă, ritm scăzut.

Comportamentul asertiv

Aspecte verbale

- Persoana ţine cont de dorinţele celorlalţi promovându-şi în acelaşi timp dorinţele proprii.
- Exprimarea direct a dorinţelor, aşteptărilor şi sentimentelor.
- Comportament verbal acceptat din punct de vedere social.

Aspecte nonverbale

- Contact vizual: direct, fără a fixa interlocutorul.
- Postura - cu faţa orientată spre interlocutor, corpul poate fi înclinat uşor spre interlocutor.
- Gestică: relaxată, mişcări calme.
- Distanţă - aproximativ 0.5- 1 m, o distanţă adecvată conversaţiei.
- Latenţă - răspunsuri formulate fără ezitare după ce interlocutorul a terminat de vorbit.
- Vocea - fermă, volum suficient fără a fi prea ridicată, bine modulată, viteză normală.

Comportament agresiv

Aspecte verbale

- Persoana nu ţine cont de dorinţele celorlalţi; nu ia deloc în calcul compromisul, ci are tendinţa de a-şi impune dorinţele şi proiectele proprii.
- Exprimarea deschisă a dorinţelor, aşteptărilor şi sentimentelor.
- Comportamentul verbal este de cele mai multe ori inadecvat din punct de vedere social.

Aspecte nonverbale

- Contact vizual: fără expresie, rece, care fixează interlocutorul.
- Postura - rigidă, încordată, corp tensionat, picioare depărtate.
- Gestică: mâini încleştate sau pe şolduri; gesturi largi.
- Distanţă - mai mică de 0.5 m.
- Latenţă - foarte scurtă, întreruperi frecvente.
- Vocea - foarte ridicată, ritm rapid.

VI.7. TERAPIA SCHEMEI

VI.7.1. Aspecte teoretice

Terapia schemei reprezintă un sistem de psihoterapie care poate fi utilizată cu succes în cazul clienţilor consideraţi dificili, adică acele persoane ce suferă de tulburări psihice cronice bine înrădăcinate sau tulburări la nivel caracterologic. Această formă de terapie a fost utilizată cu succes şi în cazul persoanelor cu dependenţă de substanţe (prevenirea recăderii) şi a infractorilor. Terapia schemei nu este adecvată însă pentru tratamentul simptomatologiei psihiatrice acute (Young, 1999).

După Young, Klosko şi Weishaar (2003) această formă de terapie extinde abordarea clasică cognitiv-comportamentală printr-o serie de elemente:

- focalizarea asupra copilăriei sau adolescenţei clientului – se consideră că aceste etape de viaţă au o importanţă majoră pentru problemele din prezent;
- acordarea unei importanţe majore în cadrul terapiei relaţiei dintre client şi terapeut;
- focalizarea asupra stilurilor de coping dezadaptative;
- utilizarea unor tehnici emotive.

Autorii precizează faptul că în cadrul terapiei schemelor conceptul de *schemă* reprezintă de fapt o serie de *scheme dezadaptative timpurii*. Acestea sunt definite prin următoarele caracteristici:

- implică o temă sau pattern general;
- sunt alcătuite din amintiri, emoţii, cogniţii şi senzaţii corporale;
- se referă la propria persoană şi relaţiile cu ceilalţi;
- se dezvoltă pe parcursul copilăriei şi adolescenţei;
- sunt îmbogăţite pe parcursul vieţii individului;
- sunt semnificativ dezadaptative.

Schemele dezadaptative timpurii sunt definite ca pattern-uri cognitive şi emoţionale auto-destructive ce se formează în copilărie şi care sunt menţinute şi îmbogăţite pe parcursul vieţii. Autorii atrag atenţia asupra faptului că modul în care individul se comportă nu reprezintă o componentă integrantă a schemei. Acesta este considerat a fi un răspuns la schemă în sine. Astfel, se consideră că un comportament dezadaptativ este determinat de schemă (şi nu reprezintă o parte a acesteia).

Young şi colab. (2003) elaborează o clasificare a 18 scheme ce sunt incluse în cinci categorii generale de nevoi emoţionale nesatisfăcute. Acestea sunt numite *domeniile schemelor.*

Domeniul I – Deconectare şi respingere

Implică expectanţa conform căreia *nu* vor fi satisfăcute într-o manieră predictibilă nevoile de securitate, siguranţă, stabilitate, îngrijire, empatie,

împărtăşirea emoţiilor, acceptare şi respect. Schemele din domeniul acesta se formează atunci când în familia de origine s-a manifestat detaşare, răceală emoţională, respingere, neîmpărtăşire, singurătate, explozivitate, abuz şi impredictibilitate din partea unor persoane semnificative pentru copil. Prin urmare indivizii nu reuşesc să formeze relaţii de ataşament satisfăcătoare cu alţii (iniţial în copilărie şi ulterior în perioada de adult). Ei trec dintr-o relaţie auto-destructivă în alta sau evită în totalitate relaţiile apropiate. Schemele din cadrul acestui domeniu sunt:

1. *Abandon / Instabilitate* – neîncrederea în acele persoane din viaţa individului care ar putea oferi suport şi legături semnificative acestuia. Implică senzaţia că aceste persoane (semnificative) nu vor fi capabile să continue să ofere suport emoţional şi material deoarece sunt persoane impredictibile, instabile din punct de vedere emoţional, de neîncredere sau sunt prezente doar ocazional; deoarece vor înceta din viaţă sau vor părăsi individul pentru un altul mai bun.

2. *Neîncredere / Abuz* – aşteptarea ca alţii să rănească, abuzeze, umilească, înşele, manipuleze sau să se folosească de individul în cauză. De obicei implică percepţia faptului că rănirea a fost intenţionată sau că a fost rezultatul unei neglijenţe extreme şi nejustificate; poate de asemenea să implice senzaţia că persoana în cauză întotdeauna ajunge să fie partea păgubaşă (înşelată, trişată).

3. *Deprivare emoţională* – aşteptarea conform căreia nu va fi satisfăcută la un nivel satisfăcător dorinţa individului de a beneficia de un nivel obişnuit (normal) de suport emoţional din partea celorlalţi. Cele trei forme principale de deprivare sunt: a. *deprivarea de îngrijire* – absenţa atenţiei, afecţiunii, căldurii sau parteneriatului; b. *deprivarea de empatie* – absenţa înţelegerii, auto-dezvăluirii sau împărtăşirea mutuală a emoţiilor din partea celorlalţi; şi *deprivarea de protecţie* – absenţa tăriei, direcţionării sau ghidajului din partea celorlalţi.

4. *Defensivitate / Ruşine* – senzaţia că persoana în cauză este oarecum deficientă, rea, nedorită, inferioară sau incompetentă din anumite puncte de vedere esenţiale; sau ideea conform căreia persoana ar fi de neiubit de către alte persoane semnificative dacă aceştia ar cunoaşte-o mai aprofundat. Această schemă poate implica hipersensibilitate faţă de critică, respingere şi blamare; o exagerată conştiinţă de sine, comparaţii permanente cu ceilalţi şi nesiguranţă în preajma lor; senzaţia de ruşine cu privire la defectele autopercepute. Aceste defecte pot fi *private* (cum ar fi egoismul, furia, dorinţe sexuale inacceptabile) sau *publice* (cum ar fi aspect fizic indezirabil sau incompetenţă socială).

5. *Izolare socială* – senzaţia că individul este izolat de restul lumii, diferit faţă de alte persoane şi/sau faptul că nu face parte dintr-un oarecare grup sau comunitate.

Domeniul II – Autonomie şi performanţă deficitară

Implică expectanţe cu privire la propria persoană şi mediu ce interferează cu abilitatea percepută a individului de a se separa, funcţiona

independent sau de a avea succes într-un anumit domeniu. De obicei schemele din acest domeniu apar la persoanele a căror familie a deţinut un control excesiv asupra lor în perioada copilăriei subminând încrederea în propria persoană. În aceste cazuri familia de origine a fost hiperprotectivă cu copilul sau nu a oferit suficiente recompense pentru situaţiile în care acesta a atins performanţe ridicate pe cont propriu (fără ajutor din partea oricărui membru al familiei). Prin urmare, persoanele ce deţin scheme din acest domeniu nu sunt capabile să-şi formeze propria identitate şi să-şi conducă propria viaţă; să formuleze obiective personale şi să dobândească deprinderile necesare pentru a le atinge. Schemele din cadrul acestui domeniu sunt:

1. *Dependenţă / Incompetenţă* – credinţa conform căreia individul nu este capabil (competent) să facă faţă responsabilităţilor sale zilnice într-o manieră eficientă fără ajutor considerabil din partea altora (de exemplu, să aibă grijă de propria persoană, să rezolve probleme zilnice, să ia decizii corecte, să abordeze sarcini noi). Deseori se prezintă ca neajutorare.
2. *Vulnerabilitate faţă de pericol şi boală* – frică exagerată cu privire la faptul că o catastrofă iminentă poate avea loc în orice moment iar persoana în cauză nu va avea posibilitatea de a o preveni. Frica se focalizează asupra uneia sau mai multora dintre următoarele teme: (a) catastrofe medicale; (b) catastrofe emoţionale; (c) catastrofe externe.
3. *Contopire / Sine nedezvoltat* – implicare emoţională şi apropiere excesivă faţă de una sau mai multe persoane semnificative (adesea părinţi) în detrimentul dezvoltării unei individualităţi personale sau dezvoltare socială normală. Implică adesea credinţa conform căreia cel puţin unul dintre indivizii implicaţi în contopire nu poate supravieţui sau să trăiască fericit fără suport permanent din partea celuilalt. De asemenea, poate include senzaţia de sufocare de către ceilalţi, de fuziune cu ei sau de dezvoltare insuficientă a identităţii personale. Adesea apar emoţii de goliciune sau de a fi prins într-o capcană, lipsă de direcţie sau în cazuri extreme chestionarea propriei existenţe.
4. *Eşec* – credinţa conform căreia individul a eşuat, că inevitabil va eşua sau că este profund nepriceput în comparaţie cu covârstnicii în diferite domenii de competenţă (precum şcoala, cariera, sport etc.). Frecvent implică ideea conform căreia individul este stupid, netalentat, dispune de un status scăzut ş.a.m.d.

Domeniu III – Limite deteriorate (insuficiente)

Implică o deficienţă la nivelul limitelor interne, responsabilităţii faţă de ceilalţi sau orientării spre obiective pe termen lung. Prezenţa schemelor din acest domeniu atrage după sine dificultatea de a respecta drepturile altora, cooperarea cu alţii, realizarea angajamentelor sau formularea şi orientarea spre obiective personale realiste. În acest caz familia de origine este caracterizată prin permisivitate şi supraindulgenţă; copilul nu a fost nevoit să facă faţă nici măcar unui nivel normal de disconfort sau nu i s-a oferit supervizare, direcţionare şi ghidaj adecvat. Persoanele ce deţin scheme din domeniul

limitelor deteriorate sunt adesea percepute ca fiind egoiste, alintate, iresponsabile sau narcisiste; ele nu au capacitatea de a-şi ţine sub control impulsurile sau să amâne satisfacerea acestora pentru a obţine beneficii în viitor. Schemele din cadrul acestui domeniu sunt:

1. *Îndreptăţire / Grandoare* – credinţa conform căreia individul este superior faţă de ceilalţi; dispune de drepturi şi privilegii speciale; nu este subordonat regulilor de reciprocitate ce ghidează interacţiunile sociale normale. Adesea implică faptul că individul consideră că ar trebui să facă sau să obţină tot ce doreşte indiferent de ceea ce este realist sau ceea ce alţii consideră raţional şi indiferent de costurile pentru ceilalţi; sau o focalizare exagerată asupra superiorităţii pentru a obţine putere şi control (nu atenţie sau aprobare). Uneori implică competitivitate excesivă cu ceilalţi sau dominarea acestora (manifestarea propriei puteri, forţarea propriului punct de vedere asupra altora sau controlul comportamentului altora în conformitate cu propriile dorinţe fără empatie sau grijă faţă de nevoile şi emoţiile altora).

2. *Autocontrol insuficient / Autodisciplină insuficientă* – dificultate persistentă (sau refuzul) de a exercita autocontrol şi toleranţă la frustrare pentru a atinge propriile obiective; lipsa controlului asupra exprimării emoţiilor şi impulsurilor. În forme mai puţin grave individul manifestă doar o focalizare excesivă asupra evitării disconfortului (de exemplu: evitarea conflictelor şi responsabilităţilor).

Domeniul IV – Orientarea spre alţii

Implică focalizare excesivă asupra dorinţelor, emoţiilor şi răspunsurilor altora în detrimentul propriilor nevoi, cu scopul de a obţine iubire şi aprobare, de a menţine sentimentul de conexiune cu ceilalţi sau pentru a evita o ripostă din partea lor. De obicei acest lucru atrage după sine suprimarea şi lipsa conştientizării propriei furii şi a înclinaţiilor personale naturale. În cazul indivizilor ce deţin scheme din acest domeniu familia de origine este caracterizată prin acceptare condiţionată, copiii trebuind să-şi suprime aspecte importante ale propriilor personalităţi pentru a obţine iubire, atenţie şi aprobare. În multe familii nevoile şi dorinţele părinţilor sunt considerate mai importante decât nevoile şi dorinţele specifice a fiecărui copil. Schemele din cadrul acestui domeniu sunt:

1. *Subjugare* – oferirea (excesivă a) controlului asupra propriei persoane altor indivizi deoarece persoana în cauză se simte constrânsă – se supune pentru a evita furia, repercusiuni negative sau abandonul. Cele două forme de abandon sunt: a. *subjugarea nevoilor* – suprimarea propriilor preferinţe, decizii şi dorinţe; şi b. *subjugarea emoţiilor* – suprimarea emoţiilor, în special furia.

Deseori subjugarea implică percepţia conform căreia propriile dorinţe, opinii şi emoţii nu sunt valide sau importante pentru alţii. În general această schemă duce la acumularea furiei manifestată sub forma unor simptome

dezadaptative (precum comportament pasiv-agresiv, izbucniri necontrolate de furie, simptome psihosomatice, abuz de substanţe).

2. *Autosacrificiul* – focalizare excesivă asupra satisfacerii prin voluntariat a nevoilor altora în situaţii zilnice în detrimentul satisfacerii propriilor nevoi. Cele mai frecvente cauze al acestui comportament sunt: evitarea provocării durerii altora, evitarea sentimentului de vinovăţie determinat de percepţia egoismului la propria persoană, menţinerea conexiunii cu alţii ce sunt percepuţi ca nevoiaşi. O astfel de conduită este adesea rezultatul unei sensibilităţi acute faţă de durerea altora. În unele cazuri apare senzaţia că nevoile personale nu au fost satisfăcute adecvat ceea ce va duce la formarea unor resentimente faţă de cei îngrijiţi de individul în cauză.

3. *Căutarea aprobării / Căutarea recunoştinţei* – focalizare excesivă asupra obţinerii aprobării, recunoştinţei sau atenţiei din partea altora; sau complianţă la mediu în detrimentul dezvoltării unui sens al propriei personalităţi. În acest caz stima de sine a individului este dependentă în principal de reacţiile altora şi nu de propriile înclinaţii naturale. Uneori implică o focalizare exagerată asupra statutului, aspectului fizic, acceptării sociale, banilor sau performanţei ca modalitate de a obţine aprobare, admiraţie sau atenţie (nu putere şi control). O astfel de schemă determină frecvent luarea unor decizii de viaţă majore ce nu sunt autentice sau satisfăcătoare precum şi hipersensibilitate faţă de respingere.

Domeniul V – Hipervigilenţă şi inhibiţie

Implică focalizare excesivă asupra suprimării emoţiilor, impulsurilor şi alegerilor spontane; sau urmarea unor reguli şi aşteptări internalizate şi rigide cu privire la performanţă şi comportament etic, adesea în detrimentul fericirii, auto-exprimării, relaxării, sănătăţii şi a relaţiilor apropiate cu alţii. Schemele din acest domeniu se formează la persoane a căror familie de origine este sobră, solicitantă şi uneori punitivă. Aceste familii promovează în mod exagerat ideea de performanţă, datorie, perfecţionism, complianţa la reguli, ascunderea emoţiilor şi evitarea greşelilor; este diminuată importanţa plăcerii, bucuriei şi relaxării. Persoanele ce deţin astfel de scheme dispun de un oarecare pesimism şi o preocupare excesivă cu privire la faptul că lucrurile ar putea să se destrame dacă nu vor fi în permanenţă vigilente şi grijulii. Schemele din cadrul acestui domeniu sunt:

1. *Negativitate / Pesimism* – focalizare persistentă asupra aspectelor negative ale vieţii (durere, moarte, pierdere, dezamăgire, conflict, vinovăţie, resentimente, probleme nerezolvate, potenţiale greşeli, trădare etc.) alături de minimizarea sau neglijarea aspectelor pozitive ale acesteia. De obicei implică o expectanţă exagerată cu privire la faptul că lucrurile din diferite domenii ale vieţii (precum cel financiar, interpersonal sau ocupaţional) vor lua o întorsătură nedorită sau la faptul că aspectele vieţii individului ce par să fie în ordine se vor destrăma. Adesea implică grija conform căreia individul va face o greşeală care va determina o catastrofă financiară, pierdere, umilire sau o

situaţie negativă fără scăpare. Aceste focalizări asupra unor posibile rezultate negative atrag după sine grija, vigilenţa, indecizia şi plângerile cronice.

2. *Inhibiţie emoţională* – inhibiţia excesivă a acţiunilor, emoţiilor şi comunicării spontane, de obicei pentru a evita dezaprobarea din partea altora, sentimentul de ruşine sau pierderea controlului asupra propriilor impulsuri. Cele mai frecvente domenii ale inhibiţiilor implică: (a) inhibiţia furiei sau agresiunii; (b) inhibiţia impulsurilor pozitive; (c) dificultate în exprimarea vulnerabilităţii sau comunicarea liberă a propriilor emoţii şi nevoi; (d) accentuarea exagerată a raţionalităţii în detrimentul emoţionalităţii.

3. *Standarde severe / Hipercriticsm* – credinţa fundamentală conform căreia persoana trebuie să depună efort pentru a atinge standarde internalizate ridicate cu privire la comportament şi performanţă, de obicei pentru e evita critica din partea altora. De cele mai multe ori rezultă în percepţia unei presiuni şi a dificultăţii în reducerea ritmului de muncă precum şi hipercriticism faţă de propria persoană şi alţii. Implică deteriorare semnificativă la nivelul senzaţiei de plăcere, relaxare, sănătate, stimei de sine, senzaţiei de realizare şi a relaţiilor interpersonale satisfăcătoare. Standardele severe se prezintă sub formă de: (a) perfecţionism – atenţie exagerată faţă de detalii sau subestimarea propriilor performanţe, (b) reguli rigide la nivelul multor domenii de viaţă (incluzând norme morale, etice, culturale sau religioase ridicate), şi (c) preocupări faţă de timp şi eficienţă – nevoia de a realiza tot mai mult.

4. *Pedepsire* – credinţa conform căreia oamenii ar trebui pedepsiţi aspru pentru greşelile lor. Implică tendinţa de a fi furios, intolerant şi nerăbdător cu acele persoane (incluzând propria persoană) care nu satisfac aşteptările şi standardele individului. De obicei implică dificultatea de a ierta greşelile proprii precum şi a altor persoane din cauza faptului că individul nu doreşte să reevalueze circumstanţele atenuante, să permită imperfecţiunea umană sau să empatizeze cu alţii.

VI.7.2. Caracteristici esenţiale ale schemelor

Schemele au fost formate în copilărie sau adolescenţă prin expunerea repetată a individului la o serie de experienţe de viaţă traumatice (numite de autori experienţe de viaţă *toxice*). În perioada vieţii de adult schemele sunt activate de evenimente de viaţă percepute (adesea la nivel inconştient) ca fiind similare cu cele traumatice din copilărie. În momentul în care este activată o astfel de schemă individul va experimenta o emoţie negativă puternică Young şi colab. (2003).

Autorii atrag atenţia asupra faptului că nu toate schemele se bazează pe evenimente traumatice din copilărie. Astfel, se consideră că acestea pot fi dezvoltate şi în perioada de adult însă elementul comun cu cele elaborate în copilărie este faptul că ele sunt întotdeauna dezadaptative şi se formează în urma experimentării în mod repetat a unor evenimente de viaţă neplăcute

(toxice). Efectul negativ al acestor experienţe nocive se cumulează determinând apariţia unei scheme.

De fapt, schemele reprezintă filtrul prin care individul interpretează evenimentele cu care se confruntă. Prin urmare, deşi acestea provoacă adesea suferinţă omul preferă să se comporte în conformitate cu ele decât să rişte o schimbare deoarece familiarul oferă un oarecare confort şi siguranţă. Nefamiliarul provoacă însă un mai mare disconfort decât riscul de a schimba ceva.

În consecinţă, schemele joacă un rol important în modul individului de a gândi, simţi, comporta şi relaţiona cu alţii. Acestea dispun de nivele diferite de severitate şi prevalenţă. Astfel, cu cât o schemă este mai severă (aprofundată) cu atât mai multe evenimente o vor activa, iar emoţiile negative rezultate vor fi ample şi de durată.

Young şi colab. (2003) susţin că unele scheme sunt *condiţionale* iar altele sunt *necondiţionale*. Acele scheme ce se dezvoltă în perioada timpurie reprezintă credinţe necondiţionale cu privire la sine şi alţii iar cele care apar ulterior în perioada dezvoltării sunt condiţionale. Schemele necondiţionale implică percepţia incontrolabilităţii evenimentelor astfel încât orice ar face individul acesta nu poate evita consecinţele negative. Spre deosebire de acestea cele condiţionale permit un oarecare control asupra mediului şi a propriei persoane. Astfel, dacă persoana consideră că dacă se va comporta în conformitate cu ceea ce dictează schema ea va putea să evite consecinţele negative, cel puţin pe o perioadă de timp. Deseori schemele condiţionale se formează ca modalităţi de eliberare de schemele necondiţionale. Prin urmare schemele condiţionale sunt considerate secundare.

Autorii consideră că schemele necodiţionale pot fi: abandon / instabilitate, neîncredere / abuz, deprivare emoţională, defensivitate / ruşine, izolare socială, dependenţă / incompetenţă, vulnerabilitate faţă de pericol şi boală, contopire / sine nedezvoltat, eşec, îndreptăţire / grandoare, autocontrol / autodisciplină insuficient(ă), negativitate / pesimism, pedepsire; iar cele condiţionale: subjugarea, autosacrificiul, căutarea aprobării / căutarea recunoştinţei, inhibiţie emoţională, standarde severe / hipercriticsm.

VI.7.3. Originea schemelor

Schema iniţial este o reprezentare mentală a mediului în care trăieşte individul. De cele mai multe ori reflectă realitatea în mod adecvat. Ulterior, aceste scheme devin dezadaptative deoarece ele nu mai reflectă adecvat mediul înconjurător. De fapt, adultul ajunge să îşi recreeze acele condiţii care în copilărie au avut un impact puternic negativ asupra sa (Young şi colab., 2003).

Autorii acestei abordări terapeutice susţin că schemele s-au format deoarece nu au fost satisfăcute o serie de *nevoi emoţionale fundamentale* în

perioada copilăriei. Au fost identificate cinci astfel de nevoi considerate universale:

1. ataşament securizant faţă de ceilalţi (implică siguranţă, stabilitate, ocrotire şi acceptare);
2. autonomie, competenţă şi sensul unei identităţi;
3. libertate de exprimare a unor nevoi şi emoţii;
4. spontaneitate şi joacă;
5. limite realiste şi auto-control.

Autorii precizează că o persoană sănătoasă din punct de vedere psihologic reuşeşte să-şi satisfacă în mod adaptativ aceste nevoi emoţionale. Prin urmare, unul dintre scopurile terapiei schemei este asistarea clienţilor în a găsi o modalitate adaptativă de a-şi satisface nevoile emoţionale fundamentale.

Experienţele de viaţă nocive (toxice) reprezintă sursa fundamentală a schemelor dezadaptative timpurii. Schemele ce apar primele sunt cele mai puternice şi îşi au cel mai adesea originea în familia nucleară, de obicei datorită unei relaţii dramatice cu unul dintre părinţi. De asemenea, şi alte tipuri de relaţii, precum cele cu covârstnicii, colegii de şcoală, diferitele grupuri sociale şi mediul cultural general contribuie la formarea schemelor. Scheme formate într-o perioadă ulterioară a dezvoltării nu sunt atât de puternice şi prevalente precum cele formate într-o perioadă timpurie a copilăriei (Young şi colab., 2003).

Autorii terapiei schemei descriu patru tipuri de experienţe de viaţă timpurii ce favorizează apariţia schemelor:

1. *Frustrare generată de neîmplinirea nevoilor* – implică faptul că unui copil nu i se oferit suficiente experienţe pozitive; mediului copilului îi lipseşte un element important cum ar fi stabilitatea, înţelegerea sau afecţiunea.
2. *Traumatizare sau victimizare* – implică victimizarea sau rănirea copilului într-o manieră sistematică.
3. *Alintul sau indulgenţa excesivă* – implică oferirea necondiţionată şi exagerată a experienţelor pozitive; în acest caz copilul nu este maltratat însă i se oferă prea multă libertate sau prea mult confort.
4. *Internalizare selectivă sau identificare selectivă* – implică internalizarea selectivă a unor elemente din emoţiile, experienţele şi comportamentele părinţilor (copilul internalizează preferenţial unele caracteristici manifestate de părinţi). Astfel de elemente internalizate devin scheme iar altele devin stiluri de coping sau *moduluri*.

Un element extrem de important în formarea schemelor este *temperamentul emoţional* al copilului. Acesta interacţionează cu experienţele de viaţă timpurii determinând elaborarea schemelor (tipurilor acestora). Diferenţele la nivelul temperamentului copilului pot fi responsabile pentru apariţia diferitelor experienţe de viaţă precum şi reacţiile la acestea.

VI.7.4. Operaţiile schemelor

Young şi colab. (2003) descriu două operaţii fundamentale asociate cu schemele: (a) *perpetuarea* – implică orice gând, emoţie, comportament şi experienţă de viaţă relevant pentru o schemă care o îmbogăţeşte şi întăreşte; şi (b) *vindecarea (însănătoşirea)* – implică orice gând, emoţie, comportament şi experienţă de viaţă relevant pentru o schemă care o care îi diminuează din putere (o slăbeşte) şi astfel o vindecă (însănătoşeşte).

Schemele sunt perpetuate prin intermediul a trei mecanisme principale:

1. Distorsiuni cognitive – percepţia distorsionată a realităţii astfel încât schema este întărită fiind accentuate informaţiile ce confirmă schema şi sunt minimizate informaţiile care o infirmă. La nivel emoţional individul ar putea bloca emoţii legate de schemă; în consecinţă aceasta nu este conştientizată ceea ce nu permite schimbarea ei.
2. Pattern-uri de viaţă atuo-destructive – selectarea inconştientă şi menţinerea unor relaţii şi situaţii ce declanşează şi perpetuează schema precum şi evitarea relaţiilor ce ar putea vindeca schema. La nivel interpersonal persoana realizează interacţiuni sociale ce determină reacţii negative din partea altora ceea ce va determina o întărire a schemei.
3. Stiluri de coping dezadaptative – implică modalităţi de adaptare la schemă astfel încât să nu apară emoţii copleşitoare (acestea se formează foarte timpuriu în perioada copilăriei). Aceste strategii deşi permit evitarea schemei ele nu permit vindecarea acesteia (deoarece ele de fapt perpetuează schema).

Datorită faptului că schema este alcătuită din amintiri, emoţii, reacţii fiziologice şi cogniţii, vindecarea acesteia implică diminuarea acestor elemente: (a) intensitatea amintirilor legate de schemă; (b) încărcătura emoţională a schemei; (c) intensitatea reacţiilor emoţionale; (d) intensitatea cogniţiilor dezadaptative. Vindecarea schemei implică de asemenea schimbări la nivel comportamental. Astfel, clientul învaţă să înlocuiască stilurile de coping dezadaptative cu pattern-uri adaptative de comportament. Pe măsură ce schema se vindecă aceasta devine tot mai greu de activat iar în momentul în care aceasta este activă experienţa este mai puţin copleşitoare iar clientul îşi revine mai rapid (Young şi colab., 2003).

VI.7.5. Stiluri de coping şi comportamente dezadaptative

În terapia schemei se diferenţiază între schemă în sine şi strategiile utilizate de individ de a face faţă acesteia. Astfel, schema conţine amintirile, emoţiile, cogniţiile şi reacţiile fiziologice dar nu şi răspunsurile comportamentale ale individului. Comportamentul nu face parte din schemă ci reprezintă o componentă a răspunsului de coping. Schema este cea care ghidează comportamentul. Mai mult, orice element al răspunsului de coping – comportamental, afectiv sau cognitiv – nu este considerat a fi o componentă a

schemei. De asemenea, persoane diferite pot adopta strategii de coping diferite (chiar total opuse) pentru aceeaşi schemă (Young, 1999).

Young şi colab. (2003) susţin că strategiile de coping se împart în trei categorii fundamentale ce funcţionează la nivel inconştient:

1. *Supracompensare* – confruntarea cu schema prin gânduri, emoţii, comportamente şi relaţionare cu alţii ce sunt compatibile .cu opusul schemei respective; individul depune efort considerabil pentru a deveni cât mai diferit de felul în care era în perioada copilăriei (atunci când a fost achiziţionată schema); în exterior individul pare încrezător în sine însă în interior el simte presiunea exercitată de către schemă.
2. *Evitare* – implică aranjarea vieţii astfel încât să nu fie vreodată declanşată schema; evitarea conştientizării schemei; evitarea prin diverse strategii a gândurilor şi situaţiilor care ar putea declanşa activarea schemei; evitarea prin diferite strategii a trăirii emoţiilor declanşante de schemă (precum consumul de substanţe, activitate sexuală iresponsabilă, mâncatul exagerat, curăţenia compulsivă sau muncă exagerată); evitarea domeniilor de viaţă în care individul se simte vulnerabil.
3. *Resemnare* – supunere faţă de schemă; individul nu încearcă să evite sau să înfrunte schema ci o acceptă ca fiind adevărată; emoţia negativă generată de schemă este trăită pe deplin; individul se comportă într-o manieră prin care confirmă şi deci perpetuează schema.

Autorii consideră că temperamentul individului joacă un rol esenţial în determinarea stilurilor de coping manifestate de individ. De asemenea, ei precizează că alegerea strategiei de coping va fi puternic influenţată de internalizarea selectivă sau de modelare; individul adoptând stilul de coping al părintelui cu care se identifică.

Răspunsul de coping în sine reprezintă comportamentele specifice prin intermediul cărora cele trei categorii generale (de coping) sunt exprimate. Altfel supus, răspunsuri ce au fost repetate de suficiente ori astfel încât să devină obiceiuri sunt catalogate ca fiind *stiluri de coping* (Young şi colab., 2003).

Modulul schemei constituie stările emoţionale de moment experimentate de către individ şi răspunsurile de coping (adaptative sau dezadaptative) utilizate de către acesta în momentul respectiv. Deseori modulul schemei este activat de evenimente de viaţă faţă de care individul manifestă o hipersensibilitate. Un *modul dezadaptativ* este activat atunci când scheme dezadaptative sau răspunsuri de coping specifice au generat emoţii tulburătoare, răspunsuri de evitare sau comportamente auto-destructive care controlează întreaga funcţionalitate a individului. Omul este capabil să treacă de la un modul disfuncţional la altul astfel încât vor fi activate diferite scheme şi răspunsuri de coping ce au fost anterior subactivate. O parte a procesului de vindecare a schemei implică trecerea de la un modul disfuncţional la unul funcţional (Young şi colab., 2003).

În literatura de specialitate au identificat zece moduluri de scheme care au fost grupate în patru categorii generale:

1. *Modulurile de copil* – sunt înnăscute şi universale, cuprind: (a) copilul vulnerabil; (b) copilul furios; (c) copilul impulsiv/nedisciplinat; (d) copilul fericit.
2. *Modulurile strategiilor de coping disfuncţionale* – corespund cu stilurile de coping şi cuprind: (a) complianţă prin resemnare; (b) protecţie prin detaşare; (c) supracompensare.
3. *Modulurile disfuncţionale de părinte* – identificarea cu unul dintre părinţi: (a) părintele punitiv; (b) părintele revendicativ.
4. *Modul sănătos de adult* – reprezintă modulul spre care se tinde în terapie prin învăţarea clientului să-şi modereze, îngrijească sau vindece celelalte moduluri.

VI.7.6. Obiectivele terapiei schemei

În cadrul terapiei, clientul este asistat în a da sens (sau desluşi semnificaţia) problemelor persistente, cronice şi de a le organiza într-o manieră comprehensibilă. De asemenea, terapeutul manifestă o atitudine de părinte dar într-o manieră mai restrânsă (numită *limited parenting*) astfel încât clientului îi este oferită o oarecare gratificare a unor nevoi ce nu au fost satisfăcute adecvat în copilărie (Young şi colab., 2003).

Procesul curativ implică urmărirea evoluţiei schemelor din copilărie până în prezent, accentul fiind pus pe modul în care clientul realizează relaţii interpersonale pe baza modelelor oferite acestuia în trecut. Scopul terapiei este înlăturarea schemelor cognitive dezadaptative printr-o serie de tehnici cognitive, comportamentale, emotive şi interpersonale. De fapt, scopul fundamental al terapiei schemei îl reprezintă vindecarea (însănătoşirea) schemei (*apud* Young şi colab., 2003).

VI.7.7. Procesul terapeutic

Schemele sunt greu de schimbat deoarece reprezintă nucleul cunoştinţelor individului despre sine şi lume (achiziţionate la o vârstă fragedă). Deşi sunt distructive acestea oferă persoanei senzaţia de siguranţă şi predictibilitate. Prin urmare, a renunţa la o schemă ar însemna renunţarea la ceea ce este familiar şi coerent. Astfel, schimbarea (vindecarea) implică o capacitate de confruntare cu schema; este necesară disciplina şi practica frecventă – observarea şi confruntarea zilnică a schemei. Trebuie să se ţină cont de faptul că o schemă nu poate fi niciodată ştearsă în totalitate deoarece nu pot fi şterse amintirile asociate cu aceasta. Vindecarea schemei implică activarea mai puţin frecventă a acesteia (nu eliminarea în totalitate al ei) iar emoţiile declanşate de ea fiind de intensitate şi durată mai redusă (clienţii răspunzând la activarea schemei într-o manieră pozitivă) (Young şi Klosko, 1993).

Terapia schemelor cognitive implică două etape fundamentale: (1) etapa de evaluare şi educare; şi (2) etapa de schimbare. Aceste vor fi prezentate în continuare.

VI.7.8. Etapa de evaluare şi educare

În etapa de evaluare şi educare terapeutul asistă clientul în identificarea schemelor sale şi înţelegerea originii acestora. De asemenea, pe parcursul acestei etape clientul va fi instruit cu privire la modelul schemelor (bazele teoretice ale terapiei schemei). Astfel, clienţii învaţă să-şi recunoască propriile stiluri de coping dezadaptative şi să observe modul în care răspunsurile lor de coping ajung să perpetueze schemele.

Etapa de evaluare este multidimensională, incluzând: (a) analiza istoriei personale, (b) administrarea unor chestionare privind schemele şi temperamentul clientului, (c) sarcini de automonitorizare, (d) exerciţii de imagerie ce declanşează reacţii emoţionale la scheme (astfel, clientul poate realiza o legătură emoţională între problemele din prezent şi diferite experienţe de viaţă din copilărie) şi (e) observarea schemelor şi stilurilor de coping ale clientului pe măsură ce ele apar în cadrul relaţiei terapeutice. Pe parcursul etapei de evaluare clientul ajunge să-şi recunoască schemele şi să înţeleagă originea lor din perioada de copilărie. De asemenea, clientul ajunge să-şi identifice stilurile de coping folosite pentru a face faţă acestor scheme. Ei ajung să asocieze schemele cu problemele din prezent. La sfârşitul acestei etape clientul şi terapeutul vor dispune de o conceptualizare clară a cazului şi vor stabili de comun acord un plan terapeutic.

Etapa de evaluare şi educare are şase scopuri principale (*apud* Young şi colab., 2003):

1. identificarea pattern-urilor de viaţă disfuncţionale;
2. identificarea schemelor dezadaptative timpurii şi a modalităţilor de declanşare a acestora;
3. înţelegerea originii schemelor din perioada copilăriei şi adolescenţei;
4. identificarea stilurilor şi răspunsurilor de coping;
5. evaluarea temperamentului;
6. conceptualizarea cazului (asamblarea informaţiilor într-un tot unitar).

Etapa de evaluare implică utilizarea măsurătorilor cognitive, experienţiale şi comportamentale precum şi observarea relaţiei terapeutice. Astfel, evaluarea se realizează atât la nivel intelectual cât şi emoţional.

VI.7.9. Etapa de schimbare

Pe parcursul etapei de schimbare terapeutul combină o serie de strategii cognitive, experienţiale, comportamentale şi interpersonale într-o manieră flexibilă în funcţie de nevoile clientului. Terapia schemei nu implică un protocol rigid de proceduri (Young, 1999).

Strategiile cognitive

Implică asistarea clientului în a învăţa să se confrunte cu schema prin a-i infirma validitatea, utilizând o serie de argumente raţionale. De fapt, tehnicile cognitive urmăresc disputarea schemei şi întărirea modulului de adult sănătos. Disputarea implică culegerea dovezilor împotriva schemei pe bază de logică şi empirică (obiectivă). De obicei tehnicile cognitive sunt folosite primele în etapa de schimbare.

Iniţial schema este privită de către client ca fiind un adevăr absolut iar primul pas în procesul de schimbare este tratarea acesteia (nu ca pe un adevăr absolut) ci ca pe o ipoteză (întrebare deschisă) ce trebuie verificată. Astfel, schema este supusă unor analize logice şi empirice; sunt evaluate dovezile concrete pro şi contra schemă; sunt evaluate costurile şi beneficiile diferitelor stiluri de coping.

Tehnici cognitive utilizate (*apud* Young şi colab., 2003):

1. *Testarea validităţii schemei* – examinarea dovezilor obiective pro şi contra schemă. Terapeutul foloseşte întreaga istorie a vieţii clientului pentru a culege dovezi empirice (nu doar circumstanţele prezente).

2. *Reformularea dovezilor ce susţin schema* – generarea unor explicaţii alternative pentru dovezile ce susţin schema. Scopul acestei tehnici este discreditarea dovezilor ce susţin schema.

3. *Evaluarea avantajelor şi dezavantajelor stilurilor de coping* – sunt elaborate liste cu avantajele şi dezavantajele fiecărui stil de coping în parte pentru fiecare schemă. Examinarea acestora permite clientului să conştientizeze natura auto-distructivă a stilurilor de coping utilizate precum şi a avantajelor ce ar putea fi obţinute dacă acestea s-ar înlocui cu o serie de comportamente mai sănătoase. Se precizează clientului faptul că aceste strategii de coping au fost eficiente în copilărie sau adolescenţă însă nu mai sunt adaptative în prezent.

4. *Realizarea unor discuţii dintre elemente pro-schemă şi elementele contra-schemă* – se utilizează tehnica *scaunului gol,* adică, clientul interpretând pe rând rolul elementelor pro-schemă şi rolul elementelor contra-schemă. Astfel, se realizează un dialog condus de către client între aceste elemente. În prima fază clientul va avea dificultăţi în a interpreta rolul elementelor contra-schemă. Astfel, terapeutul va juca iniţial rolul acestora iar după o perioadă clientul va fi capabil să înlocuiască terapeutul (care va oferi ghidaj ori de câte ori este nevoie). Treptat clientul va fi capabil să joace acest rol fără intervenţia terapeutului.

5. *Elaborarea cartonaşelor cu răspunsuri la schemă* – după finalizarea procesului de restructurare a schemei sunt elaborate de către terapeut cartonaşe ce sumarizează răspunsurile sănătoase la o serie de evenimente declanşatoare specifice. Clientul poartă aceste cartonaşe la el şi le utilizează în situaţia în care apar evenimentele declanşatoare.

6. *Completarea unui jurnal al schemelor* – clienţii îşi formulează propriile răspunsuri sănătoase pe măsură ce schemele sunt activate în viaţa de

zi cu zi. Astfel clientul este capabil să identifice evenimentele declanşatoare, emoţiile, gândurile, comportamentele, schemele, perspectivele sănătoase, grijile realiste, reacţiile exagerate şi comportamentele sănătoase.

În general tehnicile cognitive ajută clientul în a conştientiza faptul că schema este falsă (distorsionând percepţia realităţii) şi faptul că pot să ia o serie de măsuri pentru a o combate.

Strategiile experienţiale

Implică confruntarea cu schemele la nivel emoţional. În acest mod, clientul reuşeşte să treacă de la a şti (la nivel cognitiv) că schema este falsă la a simţi (la nivel emoţional) acest lucru. Tehnicile experimentale urmăresc două obiective: (1) să declanşeze emoţiile asociate cu scheme dezadaptative timpurii (astfel încât clientul să aibă posibilitatea de a-şi exprima furie şi tristeţe cu privire la ce s-a întâmplat în perioada copilăriei); şi (2) să permită *reparenting-ul* pacientului astfel încât să se vindece acele emoţii şi să ofere parţial o satisfacere a nevoilor nesatisfăcute în copilărie.

Tehnici experienţiale în etapa de schimbare (*apud* Young şi colab., 2003):

1. *Dialogul în imaginar* - clientul realizează o serie de dialoguri (în imaginar) cu persoanele care au dus la formarea schemelor în copilărie precum şi cu persoanele care întăresc schemele în prezent.

2. *Imagerie mintală* pentru realizarea *reparenting-ului* - prin intermediul acesteia terapeutul ajută clientul să treacă în modulul de copil şi să înveţe să obţină de la terapeut şi ulterior de la propria persoană ceea ce a avut nevoie în trecut dar nu a putut obţine. Aceasta este o formă de *reparentig limitat.* Acest proces implică trei etape: (a) terapeutul intră în scenariul imaginar şi vorbeşte direct cu modulul de copil al clientului; (b) terapeutul oferă modului de copil elemente de care acesta a avut nevoie dar de care a fost deprivat; (c) este modelat un modul de adult sănătos, terapeutul fiind luat ca model.

3. *Amintiri traumatice* – retrăirea în imaginar a unor amintiri traumatice dar într-un cadru ce permite clientului să-şi exprime toate emoţiile asociate cu acestea. Astfel clientul va reuşi să se elibereze de o serie de emoţii blocate, i se va oferi (din partea terapeutului) protecţie şi confort prin includerea în imagine a adultului sănătos.

4. *Scrisori către părinţi* - clientul primeşte sarcina comportamentală de a scrie o scrisoare părintelui sau unei alte persoane semnificative din viaţa sa care l-a rănit în copilărie sau adolescenţă. Aceste scrisori sunt analizate împreună cu terapeutul; nu vor fi trimise persoanelor respective. Scrisorile reprezintă o formă de sumarizare a ceea ce a învăţat clientul pe parcursul terapiei. De asemenea, oferă posibilitatea de antrenament în combaterea schemei prin confruntarea persoanelor respective.

5. *Imagerie mintală* utilizată cu scopul de a distruge pattern-urile comportamentale - clientul îşi construieşte un scenariu imaginar în care

renunţă la stilul de conduită dezadaptativ şi se comportă într-o manieră sănătoasă.

Distrugerea pattern-urilor comportamentale

Implică asistarea clientului în a elabora o serie de sarcini (prescripţii) comportamentale care să-l ajute să-şi schimbe răspunsurile de coping dezadaptative cu pattern-uri de comportamente noi, mai adaptative. În absenţa schimbării pattern-urilor comportamentale nu va fi posibilă menţinerea schimbărilor realizate la nivel cognitiv şi afectiv.

Iniţial clientul se antrenează prin imagerie sau joc de rol să manifeste comportamentele noi. După punerea în practică a prescripţiilor comportamentale clientul discută rezultatele acestora cu terapeutul, evaluând ceea ce a învăţat din aceste experienţe. Treptat clientul renunţă la stilurile de coping dezadaptative în favoarea unora mai adaptative.

Distrugerea pattern-urilor comportamentale dezadaptative reprezintă ultima etapă a procesului de schimbare, celelalte etape pregătind de fapt clientul pentru aceasta. Astfel, se va trece la această etapă doar după ce clientul manifestă performanţă satisfăcătoare în etapele cognitive şi experienţiale. Această etapă încorporează celelalte strategii precum utilizarea cartonaşelor, imageria mintală şi dialogul. De asemenea, terapeutul poate utiliza o serie de strategii comportamentale tradiţionale precum relaxarea, trainingul asertiv, managementul furiei, strategiile de autocontrol şi desensibilizarea progresivă (Young şi colab., 2003).

Primul pas în distrugerea pattern-urilor comportamentale este elaborarea unei liste exhaustive ce cuprinde comportamente specifice ţintite spre schimbare. Sursele de informare pentru realizarea acestei liste sunt multiple: conceptualizarea cazului, descrierile detaliate a comportamentelor problemă, imageria mentală a situaţiilor problematice, relaţia terapeutică, relaţiile cu alte persoane semnificative şi utilizarea instrumentelor specifice.

După realizarea listei respective urmează ierarhizarea comportamentelor problematice. Ulterior, pentru fiecare comportament problematic sunt generate o serie de comportamente alternative sănătoase, discutându-se avantajele şi dezavantajele fiecăruia. În consecinţă, se va obţine o listă cu răspunsuri sănătoase care să le înlocuiască pe cele dezadapatative; acestea devin obiectivele comportamentale ale procesului terapeutic. Este important să se realizeze o focalizare a clientului asupra efectuării unei singure schimbări odată (nu se schimbă întregul pattern dintr-o dată).

În urma stabilirii ţintelor comportamentale terapeutul asistă clientul în a dezvolta motivaţia necesară pentru a realiza schimbarea. Ulterior sunt utilizate strategii cognitive, experienţiale şi comportamentale pentru a realiza schimbarea în sine (Young şi colab., 2003).

VI.7.10. Relaţia terapeutică

Terapeutul evaluează şi tratează schemele, stilurile de coping şi modulurile pe măsură ce ele apar în cadrul relaţiei terapeut-client. De fapt, relaţia terapeutică serveşte ca un antidot parţial împotriva schemelor clientului; acesta va percepe comportamentul terapeutului ca pe o formă de *„adult sănătos"* ce combate schemele şi urmăreşte să obţină o viaţă satisfăcătoare din punct de vedere emoţional; ulterior clientul va internaliza acest tip de comportament.

Young şi colab. (2003) descriu două caracteristici esenţiale ale relaţiei terapeutice:

1. *Atitudinea terapeutică de confruntare empatică* (*Testarea empatică a realităţii*) implică exprimarea empatiei faţă de situaţia clientului dar în acelaşi timp şi confruntarea schemelor acestuia. Terapeutul înţelege şi explică individului în cauză motivele apariţiei schemelor, a faptului că ele sunt considerate adevăruri absolute de către el şi a strategiilor de coping deficitare utilizate. În acelaşi timp terapeutul confruntă schemele şi strategiile de coping al clientului prezentând în permanenţă acestuia dezavantajele perpetuării lor; clientul este ajutat să diferenţieze între realitatea din trecut şi cea din prezent. Astfel, această empatie confruntativă implică o permanentă trecere între empatie şi testarea realităţii (echilibru optim între aceste elemente pentru fiecare client în parte).

2. *Utilizarea reparenting-ului limitat* implică oferirea clientului, în cadrul unor limite adecvate a relaţiei terapeutice, a ceea ce acesta a avut nevoie în perioada copilăriei dar nu a primit din partea părinţilor. Elementul esenţial al unei relaţii terapeutice eficiente este *flexibilitatea* terapeutului deoarece *parenting-ul* limitat se bazează pe istoria de viaţă a fiecărui client în parte. Astfel, terapeutul trebuie să îşi adapteze stilul terapeutic pentru a fi adecvat nevoilor emoţionale specifice a fiecărui client. Terapeutul trebuie să ofere în relaţia terapeutică orice element care ar putea funcţiona ca un antidot parţial pentru schema dezadaptativă timpurie fundamentală.

În consecinţă, relaţia terapeutică reprezintă o componentă esenţială a etapei de evaluare şi schimbare. Relaţia terapeutică este utilizată pentru: (a) stabilirea unui raport în conformitate cu principiile generale a unei relaţii terapeutice eficiente; (b) formularea conceptualizării cazului; (c) stabilirea stilului de *parenting* limitat adecvat pentru client; (d) evaluarea măsurii în care schemele terapeutului vor reprezenta obstacole în procesul terapeutic; (e) educarea clientului cu privire la principiile terapiei schemelor – sunt analizate schemele şi reacţiile ce apar în cadrul interacţiunii dintre terapeut şi client.

VI.7.11. Limite ale terapiei schemei

Terapia schemei nu este adecvată tuturor tipurilor de clienţi. Young şi colab. (2003) susţin că este nerecomandată în următoarele cazuri:

- individul se confruntă cu o criză majoră într-un anumit domeniu de viaţă;

- persoane ce suferă de psihoze;
- individul suferă de o tulburare psihică acută (relativ severă);
- persoana se află într-o situaţie de criză;
- individul suferă în prezent de o tulburare ce implică abuzul de substanţă;
- problema cu care se confruntă persoana este situaţională sau nu pare a fi asociată cu un pattern de viaţă sau schemă.

Capitolul VII

TERAPIA CONSTRUCTIVISTĂ

Adina Manea

VII.1. Dezvoltarea terapiei

VII.2. Teorie şi concepte de bază
- VII.2.1. A construi şi a reconstrui
- VII.2.2. Natura tulburărilor psihice

VII.3. Practica terapeutică
- VII.3.1. Caracteristici ale terapiei
- VII.3.2. Obiectivele terapiei de construct
- VII.3.3. Relaţia terapeutică
- VII.3.4. Definirea problemei
- VII.3.5. Procesul de schimbare

VII.4. Tehnici şi strategii terapeutice
- VII.4.1 Tehnici de evaluare în terapia constructivistă
- VII.4.2. Tehnica autocaracterizării
- VII.4.3. Grila repertorială
- VII.4.4. Tehnica rolului stabilit (A.B.C.)

VII.5. Condiţii pentru crearea de noi constructe

VII.6. Care pacienţi beneficiază cel mai mult

VII.7. Critici aduse teoriei şi terapiei constructiviste

Psihologia constructelor personale are elemente de psihologie cognitivă, deoarece se preocupă de modul în care oamenii caută să înţeleagă lumea din jurul lor; este umanistă, în sensul că este interesată de persoană ca întreg şi nu doar de felul în care gândeşte sau se comportă şi este comportamentală pentru că acordă un loc central comportamentului nostru.

Psihologia şi filosofia constructivistă sunt convingătoare având în vedere caracteristicile societăţii în care trăim: multivariată, multidimensională, multiculturală. Constructivismul poate fi plasat în centrul postmodernismului. Ca şi consecinţă a acestei poziţii filosofice, se ajunge la renunţarea la orice pretenţie de obiectivitate. Totul ţine de perspectiva în care privim lucrurile, iar perspectiva înseamnă totul.

Teoriile şi terapiile constructiviste pun un mare accent pe ajutarea clienţilor să-şi reconstruiască şi să-şi restructureze vieţile în moduri mai adaptative şi mai satisfăcătoare şi sunt orientate în mod primar spre prezent şi viitor.

Abordările terapeutice constructive pornesc de la recunoaşterea faptului că oamenii sunt creatori de semnificaţii, nu doar descoperitori ai propriilor realităţi psihologice.

VII.1. DEZVOLTAREA TERAPIEI

Pentru a înţelege teoria, F. Fransella (1995) este de părere că trebuie să pornim de la biografia autorului ei. G. Kelly s-a născut în anul 1900 şi a fost mai întâi licenţiat în fizică şi matematică. Şi-a luat apoi licenţa în ştiinţele educaţiei, la Edinburgh, apoi în sociologie şi, în final şi-a susţinut doctoratul în filosofie, având ca temă *„Aspecte neurologice şi fiziologice la bâlbâielii"*.

O astfel de biografie, care arată preocupări pentru atâtea domenii ale ştiinţei, explică oarecum faptul că el propune ca model prototipul omului de ştiinţă. Ne îndeamnă să privim fiecare persoană ca un om de ştiinţă. Fiecare dintre noi realizăm experimente comportamentale pentru a testa propriile noastre percepţii şi interpretări (constructe).

Paradigma constructivistă asumă existenţa unor realităţi multiple, uneori conflictuale, realităţi care se schimbă ca urmare a construcţiei şi reconstrucţiei, neexistând o realitate externă, fixă, imuabilă, care poate fi cunoscută obiectiv. Constructivismul subliniază natura plastică şi plurală a realităţii. Primii filosofi care au contribuit la dezvoltarea teoriei şi terapiei constructiviste au fost Immanuel Kant şi Hans Vaihinger. Kant considera realitatea ca fiind de „nepătruns", iar Vaihinger vorbea despre realităţi individuale. Ambele concepţii au constituit baza dezvoltării teoriilor constructiviste.

Teoria constructivistă este puternic ancorată în *postmodernism*. Poziţia de bază a postmodernismului este „antirealismul". Postmoderniştii cred cu fermitate faptul că nu există ceea ce se numeşte *fapt obiectiv*. Milton Erickson îşi baza uneori intervenţiile terapeutice pe ceea ce numim „tehnici ale

confuziei". Odată confuzia instalată, creşte receptivitatea clienţilor pentru noi alternative de gândire.

Mesajul cheie al psihologiei constructelor personale e acela că oamenii percep lumea în funcţie de semnificaţiile acordate realităţii. Kelly (Ewen, 1992) spunea că omul este cel care-şi stabileşte măsura libertăţii sale şi propriile limitări, că semnificaţia este ceea ce preferă sau îi place unui om să creadă. El a numit aceasta *alternativism constructiv,* un concept cheie al teoriei. Oamenii nu mai sunt văzuţi ca victime ale propriului trecut – deşi uneori putem cădea în capcana trecutului dacă privim astfel lucrurile. Ne impunem propriile semnificaţii, iar activitatea psihoterapeutului este aceea de a încerca să privească lumea prin ochii pacientului. Doar aşa îşi vor putea forma o imagine pentru a înţelege de ce pacientul are probleme şi caută ajutorul.

Abordarea lui Kelly este una individuală şi încearcă să înţeleagă procesele psihologice din interior, nu din exterior, considerând că evitarea subiectivului nu este modalitatea prin care se poate ajunge la nucleul tare al realităţii. Gândirea subiectivă este mai degrabă un pas esenţial în procesul pe care omul de ştiinţă trebuie să-l parcurgă în înţelegerea naturii universului (Kenny, 1984 a, b).

Kelly este autorul multor concepte psihologice constructiviste. El a pornit de la filosofia lui Vaihinger şi Kant, dar activitatea sa teoretică s-a bazat în mare parte pe observaţii clinice. El a oferit în mod deliberat interpretări absurde clienţilor săi, interpretări care însă îndeplineau două condiţii: se integrau în perspectiva actuală a clienţilor şi oferea portiţe pentru interpretarea viitorului în moduri diferite. Într-o anumită măsură spre surprinderea lui s-a dovedit că acestea au funcţionat foarte bine, în sensul că au propulsat clienţii spre emoţii şi comportamente mai adaptative (Sommers-Flanagan, 2004).

Kelly face o serie de observaţii referitoare la determinism şi liberul arbitru. În opinia lui omul se poate elibera de dominaţia circumstanţelor în măsura în care este capabil să-şi construiască propriile circumstanţe. El consideră că omul poate deveni sclavul propriilor idei, pentru ca apoi să-şi recâştige libertatea, reconstruindu-şi viaţa. Teoria constructelor personale nu ignoră importanţa contextului social şi a constrângerilor asupra construcţiilor personale. Conform acestui fapt, a crede că omul este autorul destinului său nu înseamnă a nega că ar putea fi limitat, în mod tragic, de circumstanţe, rămânând totuşi o infinitate de posibilităţi alternative în afara celor pe care circumstanţele le limitează.

Kelly face o serie de distincţii referitoare la contrastul între realitatea individuală, socială şi cea împărtăşită (*apud* Kenny, 1984 b):

- realitate *individuală*: oamenii diferă între ei prin modul în care construiesc evenimentele.
- realitate *comună*: se referă la măsura în care o persoană are constructe ale experienţei similare cu ale altora, procesările sale psihologice sunt similare cu ale altora.

- realitate *socială*: în măsura în care o persoană construieşte realitatea poate juca un rol social care implică şi alte persoane.

DeShazer şi colaboratorii săi (*apud* Sommers-Flanagan, 2004) considera că celebrul hipnoterapeut Milton Erickson se află la originea gândirii şi terapiei constructiviste moderne. Scopul lui în terapie nu a fost corectarea cauzelor problemei prin explorarea inconştientului, sinelui şi trecutului clienţilor săi. El s-a axat pe modalităţi de a deconstrui şi reconstrui abilităţile şi punctele forte ale clienţilor.

Au urmat apoi proiectele de la Palo Alto, California, prin Gregory Bateson şi înfiinţarea Mental Research Institute (MRI) împreuna cu Virginia Satir şi Paul Watzlawick în 1958 (Sommers-Flanagan, 2004). Aceste proiecte s-au centrat asupra modului în care influenţează comunicarea verbală şi non-verbală comportamentul uman. De asemenea, în 1968, în cadrul MRI se înfiinţează Centrul de Terapii Scurte.

Haley şi Cloe Madanes au dezvoltat de asemenea abordări strategice în cadrul terapiilor individuale şi de familie, cea mai cunoscută dintre tehnicile utilizate de ei fiind cea a reetichetării şi reformulării pozitive.

Lucrările lui Kelly, Erickson, Bateson, MRI, The Milan Group, Haley şi Madanes sunt considerate sursa directă a dezvoltării teoriei şi terapiei constructiviste contemporane (Sommers-Flanagan 2004).

VII.2. TEORIE ŞI CONCEPTE DE BAZĂ

VII.2.1. A construi şi a reconstrui

Alternativismul constructiv despre care am amintit anterior, afirmă că există întotdeauna moduri alternative de a privi sau de a construi un eveniment că toate interpretările noastre actuale pot fi revizuite şi înlocuite (Ewen,1992).

Dar ce înseamnă „a construi" în viziunea lui Kelly şi implicit a teoriei constructelor personale? Kelly a susţinut că teoria sa se bazează pe modelul individului ca om de ştiinţă. Construim propriile noastre teorii şi conducem experimente comportamentale pentru a testa percepţiile şi interpretările noastre curente. Dacă rezultatele experimentelor noastre nu ne convin, schimbăm (chiar dacă nu întotdeauna cu uşurinţă) perspectiva, începem să reconstruim continuu pe parcursul vieţii. Nu suntem respondenţi pasivi la evenimente (*behaviorism*) şi nici nu suntem conduşi de pulsiuni inconştiente (*psihanaliza*). Ca indivizi avem o anumită responsabilitate cu privire la ceea ce suntem la un moment dat. Constructele sunt pattern-uri transparente pe care individul le creează şi apoi încearcă să le potrivească realităţii din care lumea este compusă. Constructele sunt folosite pentru a face *predicţii* iar lumea continuă să se desfăşoare de-a lungul lor, dezvăluind dacă aceste predicţii au fost sau nu corecte. Prin urmare, individul construieşte şi apoi probează propriile construcţii. Constructele sunt

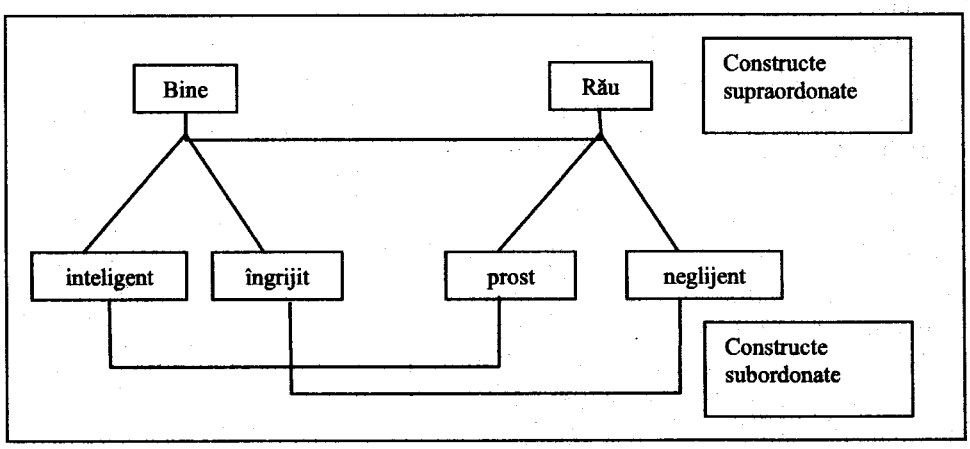
uneori organizate în sisteme ierarhice, în grupuri de constructe care includ relaţii de sub sau supra-ordonare, aceleaşi evenimente putând fi adesea văzute în lumina a două sau mai multe sisteme, deşi evenimentele nu aparţin vreunui sistem.

Constructele personale indică moduri prin care am observat similarităţi între unele evenimente pentru a le distinge de altele. De exemplu, constructele noastre pot spune că unii oameni sunt „inteligenţi". Făcând aceasta rezultă că în acelaşi timp spunem despre alţii că sunt „proşti". Sistemul personal de constructe este alcătuit dintr-o colecţie de dimensiuni bipolare, funcţionând pe bază de similaritate-diferenţă. Un construct câştigă semnificaţii din ambii poli: similaritatea are sens numai în contextul diferenţei. De exemplu, „prietenos" poate avea semnificaţii diferite pentru două persoane, mai ales dacă pentru unul opusul său este „neprietenos", iar pentru altul „ostil". Kelly a argumentat puternic că nu este posibil să separăm nivelul comportamental de cel cognitiv şi de cel afectiv. El susţine că este important să ne considerăm pe noi înşine şi pe alţii ca o entitate, Kelly fiind interesat de omul total, nu de anumite compartimente ale vieţii sale.

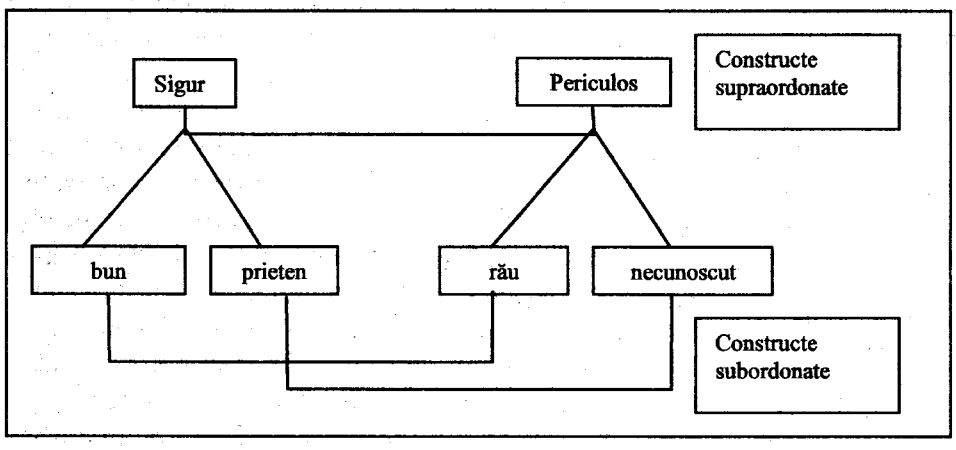
Organizarea ierarhică a constructelor este de cele mai multe ori suficient de flexibilă astfel încât diferite constructe să devină mai proeminente în anumite momente şi să caracterizeze personalitatea cuiva în măsură mai mare decât cele pe care le-am considera în mod normal ierarhic superioare.

În figura de mai jos (fig. VII.1.) este ilustrat modul în care un construct poate deveni din supraordonat, subordonat (Ewen, 1992).

A construi implică fiecare aspect al existenţei noastre. Sentimentele noastre sunt legate de o oarecare vigilenţă referitor la procesul de construire. Dacă construim ceva ce constituie o provocare pentru anumite aspecte fundamentale ale „Eu-lui" nostru vom avea sentimente neplăcute, ne vom simţi ameninţaţi.



(a)



(b)

Fig. VII.1 a, b. Mecanismul prin care un construct poate deveni din supraordonat, subordonat (*apud* Ewen, 1992).

Procesul de construire este personal. Nu există doi oameni care să construiască exact la fel. Totuşi, construind evenimente în mod similar (nu identic) suntem capabili să comunicăm între noi, am dezvoltat propria cultură etc.

VII.2.2. Natura tulburărilor psihice

Schimbarea este o constantă a vieţii, iar adaptarea este o necesitate. Oamenii au în mod constant oportunităţi de a face noi descoperiri bazate pe noi experienţe. Terapeuţii ajută clienţii să-şi integreze noile experienţe trăite în propriile construcţii personale. Este un proces asemănător *asimilării* şi *acomodării* din teoria lui Piaget.

La fel ca şi în cazul programării neuro-lingvistice şi aici se evită termenul de „boală", înţeleasă în sensul strict, precum în medicină. Adepţii psihologiei constructelor personale preferă termenul de „funcţionare".

Persoanele care funcţionează fără să întâmpine probleme majore sunt cele care reuşesc să facă cele mai corecte predicţii cea mai mare parte a timpului. Când invalidarea predicţiilor făcute pare mai serioasă, se impune schimbarea perspectivei şi reconstrucţia. Atunci când la un moment dat individul se află într-o stare în care este într-o anumită măsură, conştient că predicţiile sale nu sunt valide, însă nu poate renunţa la ele pentru că aceasta ar însemna să renunţe la anumite aspecte fundamentale din fiinţa lui, se instalează *starea de ostilitate*. Ostilitatea este un mod de a ne proteja propria identitate în momente psihologice dificile şi poate apărea şi în timpul terapiei ca reacţie de apărare împotriva schimbărilor prea rapide şi prea radicale. Ostilitatea poate deveni însă uneori o problemă, dacă individul uzează de această metodă prea des, fie în cadrul terapiei, fie în viaţa de zi cu zi.

Care este mecanismul prin care apare o problemă sau se declanşează un simptom? Pornind de la ideea că orice comportament este un experiment, problema poate apărea, cel mai adesea, când individul repetă la nesfârşit acelaşi experiment în ciuda rezultatelor care îi infirmă predicţia. Kelly numeşte tulburare „orice construcţie personală utilizată repetat în ciuda constantei invalidări" (*apud* Ewen, 1992). Aici persoana devine blocată din punct de vedere psihologic. Ea este dintr-un anumit motiv incapabilă de a reconstrui. Această persoană va fi din nou capabilă să reconstruiască doar atunci când va reuşi să înţeleagă de ce continuă să persiste în a realiza acel experiment.

O altă situaţie ar fi atunci când persoana nu reuşeşte să realizeze nici un fel de predicţii, găsind lumea înconjurătoare drept un loc confuz, dominat de ambiguitate. În aceste condiţii soluţia găsită de pacient, de cele mai multe ori în această situaţie, constă în ancorarea cu ajutorul unui simptom, care, deseori nu este problema principală, însă este cea mai bună modalitate de a face faţă anxietăţii, experienţelor sale haotice.

Altă categorie de cauze ar fi dezvoltarea acelor constructe din copilărie, înainte de achiziţia limbajului. Este ceea ce Kelly numeşte construirea „inconştientă", iar rezultatele ei „constructe pre-verbale". Nu este implicată vreo forţă sau energie, ca în concepţia psihanalitică. Fiinţa umană este un organism viu şi nu este nevoie de invocarea unei forţe pentru a explica de ce se află în mişcare.

Constructiviştii disting două categorii de tulburări care au ca origine tot construcţiile pre-verbale:

1. izbucnirile, reacţiile comportamentale exagerate explicate prin faptul că interpretările pre-verbale se exprimă comportamental;
2. tulburările psiho-somatice. Omul fiind privit ca întreg, componenta somatică nu poate fi exclusă, iar una din modalităţile de exprimare a propriilor construcţii este prin intermediul proceselor care au loc la nivel corporal.

VII.3. PRACTICA TERAPEUTICĂ

Terapia de construct este concepută după modelul experimentului, în sensul propriu al cuvântului. Faza de planificare constă din stabilirea diagnosticului, nivel la care sarcina principală este identificarea căilor şi direcţiilor de formare a constructelor, care pot oferi pacientului cele mai bune oportunităţi de schimbare. Terapeutul este interesat în primul rând de sistemul personal de construcţie al pacientului, care-i oferă informaţii referitoare la modul în care acesta îşi structurează interpretările despre lume şi tipurile de roluri pe care el consideră că le poate avea în relaţie cu lumea şi de asemenea unde se situează el însuşi în raport cu realitatea creată. Prin urmare, terapia debutează cu încercarea de a cunoaşte sistemul de construire a realităţii de

către pacient. Terapeutul va încerca să-şi subordoneze acestui sistem modalităţile sale de lucru terapeutic şi comunicarea cu pacientul.

VII.3.1. Caracteristici ale terapiei

Următoarele pasaje vor prezenta patru domenii în care terapia lui Kelly diferă de celelalte terapii, care au la bază alte asumpţii filosofice.

1. **Nu este nici directivă, nici non-directivă.** Majoritatea terapiilor se încadrează într-una din aceste două categorii. Kelly considera însă că acest lucru ar limita posibilităţile terapeutului de a-şi schimba stilul sau procedurile utilizate. Alternativa ar fi dezvoltarea la pacient a modelului „omului de ştiinţă", lucru care avea anumite implicaţii asupra diadei terapeutice. Aceasta înseamnă a-l ajuta pe pacient să-şi formuleze şi să-şi testeze ipotezele. Este mai simplu să adopţi poziţia în care fie terapeutul decide ceea ce este „bine" – şi atunci este directivă, fie pacientului îi este lăsată în totalitate această decizie şi atunci avem o metodă de lucru non-directivă sau „centrată pe pacient". În cazul terapiei de construct Kelly caracterizează diada terapeutică ca fiind acelaşi tip de relaţie care există în cadrul unei cercetări între supervizorul cercetării şi studentul său. Supervizorul trebuie să îl ajute pe student să-şi proiecteze metodologia optimă, prin intermediul căreia speră să răspundă întrebărilor lui. Talentul supervizorului constă în a şti să pună o întrebare experimentală. Nivelul de expertiză al studentului este relevat de cunoştinţele sale referitoare la subiectul în cauză. Subiectul, aici este chiar el, devenit pacient datorită faptului că a ajuns să repete inutil un fragment dintr-un experiment mai larg şi oricare ar fi rezultatul acelui experiment, el nu mai reuşeşte să înveţe ceva nou. Sarcina terapeutului este de a-l ajuta pe pacient să formuleze întrebările care trebuie să şi le pună pentru a depăşi ciclul său experimental inutil, incomplet, fărâmiţat. Acest model de relaţie terapeutică este unul al co-experimentării active.

2. **Se bazează pe creativitate.** Kelly defineşte conţinutul terapeutic drept un proces inventiv şi creativ. El trasează o paralelă între gândirea creativă necesară în procesul terapeutic şi cea necesară în cazul raţionamentului ştiinţific. Psihoterapia trebuie, prin urmare, să se centreze pe crearea de noi ipoteze / predicţii care constituie un pas major spre inventarea unui nou sistem de constructe. Ea nu este o încercare de a repara fisurile celui existent. Atâta timp cât pacientul e interesat doar să nu repete greşelile trecutului în loc să creeze un nou sistem care să nu tindă spre repetarea acestor greşeli în viitor, este foarte puţin probabil ca terapia să cunoască un progres spectaculos.

3. **Este orientată spre viitor.** Individul, în viziunea psihologiei de construct, este orientat, aşa cum reiese şi din cele spuse până acum, spre anticiparea evenimentelor. Din aceasta rezultă că şi terapia trebuie să aibă aceeaşi orientare. Sarcina terapeutului nu este doar de a structura sau diagnostica experienţa anterioară a pacientului ci s-o construiască în aşa fel

încât să poată face predicţii referitoare la ce se poate întâmpla cu pacientul în viitor. Multe sisteme nosologice nu îndeplinesc acest criteriu, aşa cum unii terapeuţi tind să-şi reducă pacienţii la un singur diagnostic, astfel încât perspectiva lor, sistemul lor de constructe profesionale alunecă pe panta unor formulări pesimiste ale problemelor, ajungându-se la sentimente de neajutorare şi disperare. În terapia de construct diagnosticul trebuie să conţină un anumit grad de optimism, relativ la viitorul pacientului. Trebuie să ofere un set de axe de-a lungul cărora să fie localizată experienţa pacientului. Coordonatele acestor axe trebuie să reprezinte diferite posibilităţi de mişcare deschise pacientului, şi nu un labirint cu pasaje cu sens unic care să-l blocheze. Prin urmare, unul dintre aspectele terapiei este construcţia creativă a diagnosticului şi ipotezelor, care formează un cadru predictiv al canalelor care conduc spre viitor. Având în vedere aceasta, terapeutul caută acele constructe care par „permeabile", suficient de flexibile să facă faţă evenimentelor viitoare. Este vorba de aşa-numitul „corolar al modulării", conform căruia sistemul de constructe se schimbă în funcţie de permeabilitatea constructelor relevante (supraordonate), iar măsura schimbării pe care sistemul o suportă depinde de „elasticitatea" unor constructe cheie care susţin alte constructe.

4. **Este caracterizată de alternativism constructiv şi nu de realism dogmatic**. Cu toate că abordările confruntative îşi au locul lor, terapeutul constructivist nu-şi va confrunta pacientul cu ceea ce se cheamă „nucleul tare" al realităţii. Filosofia constructivismului alternativ ocupă un loc central în teoria constructelor personale şi conform lui „orice există poate fi reconstruit" şi nu există o cale perfectă de a capta sau descrie realitatea. Acest lucru nu ne îndreptăţeşte să fim dogmatici în ceea ce priveşte realitatea. Dogmatismul produce un fel de rigiditate mentală. Kelly recomandă terapeutului să fie circumspect şi să se plaseze undeva la periferia sistemului de constructe al pacientului şi să se deplaseze treptat spre aspectele fundamentale. Când pacientul se află sub presiunea de exemplu a schimbării la nivelul constructelor centrale ale sistemului său, nu este capabil să dezvolte alte căi de abordare a problemei sale. Atunci când introduce noi elemente, terapeutul este atent să se concentreze asupra unor contexte care nu implică aspecte intime ale vieţii pacientului şi să nu-i solicite raţionamente care implică aspecte de profunzime. Desigur, în ultimă instanţă terapia implică dezvoltarea unor noi constructe centrale, ceea ce are legătură cu redefinirea identităţii pacientului.

VII.3.2. Obiectivele terapiei de construct

În acelaşi mod în care sunt posibile în ştiinţe schimbările de paradigmă, pacientul, privit ca un „cercetător" în sens figurat, poate să-şi modifice perspectiva asupra realităţii, pe care a împărtăşit-o anterior terapeutului, reconstruind trecutul şi câştigând mai mult control asupra viitorului.

O persoană a dezvoltat o problemă pentru că s-a blocat din punct de vedere al generării de alternative. Scopul principal al terapiei este să-şi pună în mişcare procesele psihologice sanogene, să crească rata schimbărilor favorabile prin propriile eforturi. Terapia de construct susţine că avem opţiuni, dar că putem alege doar în momentul în care avem sentimentul că putem explora alternativele. Acest blocaj ne face incapabili să facem alegeri. Prin urmare, scopul major al psihoterapiei este acela de a pune pacientul din nou în mişcare, de a putea explora, de a oferi mobilitate şi nu de a crea o stare de bine sau o stare de spirit fixă permanentă (lucru care ar fi, de altfel o utopie).

VII.3.3. Relaţia terapeutică

Terapeutul nu are răspunsuri gata fabricate pentru problemele pacientului. Fiecare pacient este o individualitate şi fiecare caz reprezintă o provocare pentru terapeut, lucru care va solicita un anumit efort din partea sa. Terapeutul cunoaşte doar o serie de modalităţi în care pacientul ar putea fi ajutat să reconstruiască realitatea, pe sine, oamenii din jur şi evenimentele din viaţa lor. Relaţia este una de parteneriat, bazată pe acceptarea necondiţionată a pacientului, o relaţie în care ambele părţi depun eforturi pentru a înţelege modul în care pacientul construieşte propria sa realitate. Terapeutul caută să fie prezent în realitatea, în situaţia pacientului. El este o prezenţă calmă, caută să-i inspire acestuia încredere.

Pacientul va trebui conştientizat că în încercările sale de a înţelege cum funcţionează mecanismul său de construire a realităţii trebuie să îşi îndeplinească sarcinile din afara şedinţelor de terapie, prescripţiile comportamentale dintre şedinţe. Aceste „teme" se vor stabili de comun acord cu pacientul şi vor solicita adesea pacientului să încerce un alt comportament decât cel de până acum, de a realiza alte experimente comportamentale.

Atitudinea iniţială a terapeutului este aceea de *ascultător deschis* tocmai pentru motivul că tot ceea ce spune pacientul este considerat a fi drept semnificativ pentru el şi reprezintă o cale de acces spre realitatea lui. Intervenind, terapeutul nu ar face decât să-şi impună propria modalitate de interpretare. Acceptarea pacientului vine din dorinţa de a vedea lumea prin ochii celeilalte persoane. Terapeutul nu este interesat atât de comportamentul pacientului cât de modul cum îi sunt canalizate construcţiile sale. Din punct de vedere fenomenologic, pacientul – conform proverbului – are întotdeauna dreptate. Ideea de acceptare nu se referă de fapt atât de mult la aprobarea modului în care pacientul se percepe pe sine, cât la disponibilitatea de a utiliza sistemul lui axial, punctele sale de referinţă, modurile lui de abordare a problemelor. Terapeutul doreşte să exploateze sistemul de interpretare nu să fie asimilat lui. Pentru a facilita comunicarea, terapeutului i se recomandă să-şi adapteze limbajul, vocabularul, să-i vorbească pacientului „pe limba lui", decât să-l înveţe pe el „jargonul" terapeutic.

VII.3.4. Definirea problemei

Din punctul de vedere al psihologiei constructelor personale am arătat că problema sau tulburarea este o construcţie personală care este utilizată repetat, în ciuda invalidării consistente. Persoana care a ajuns să dezvolte dificultăţi psihologice poate fi văzută ca una a cărei teorie a devenit relativ desuetă. Terapia este concepută pentru a da o nouă libertate de mişcare şi un nou „control" pacientului. Până acum sistemele noastre de interpretare pot fi văzute ca nişte scannere „radar" care au proiecţii continue asupra lumii, iar psihoterapia poate fi văzută ca „reactualizarea" sistemului de scanare al pacientului. Imaginea sa despre lume nu „semnalizează" momentele cheie ale scanării. „Căderea" psihică apare atunci când teoria nu îndeplineşte un număr minim de exigenţe. O persoană cu depresie severă a abandonat teoretic scanarea mediului extern, excluzând din procesările sale informaţiile oferite de evenimentele curente.

Terapeutul trebuie, deci să formuleze o teorie a problemei pacientului. Această formulare este numită „diagnostic" în context medical. Formularea problemei, în contextul teoriei poartă denumirea de „construct profesional". Acest diagnostic este de fapt o descriere. La acest nivel se va decide dacă pacientul are nevoie de psihoterapie sau doar de câteva şedinţe de terapie.

Procesul de formulare a problemei include formularea celei mai bune estimări, cât mai exactă a cauzei pentru care pacientul persistă în a fi nefericit.

VII.3.5. Procesul de schimbare

Oamenii fiind văzuţi drept „forme în mişcare", se presupune că schimbarea ne însoţeşte tot timpul. Dacă încercăm aici să propunem o teorie referitoare la modul în care apare schimbarea psihologică, ne vom găsi, în schimb, pe un tărâm al speculaţiei pentru că este dificil să găseşti dovezi măsurabile, palpabile despre cum ne schimbăm perspectiva, modul de a gândi şi în esenţă, ceea ce suntem noi. Punctul de reper major este în opinia autorilor formularea diagnosticului.

Care este însă direcţia schimbării? Pacientul dezvăluie aspecte ale sistemului său de constructe ori de câte ori descrie oameni şi evenimente. Termenii folosiţi pentru astfel de descrieri sunt constructele bipolare care au trăsături contrastante (simpatic versus antipatic). Un construct face predicţia că unele evenimente vor apărea, iar altele, contrastante, nu vor avea loc. Astfel de contraste pot exercita o puternică influenţă asupra experienţei pacientului. Un pacient cu anorexie, este astfel pentru că se teme să nu devină obez şi pentru el a nu fi aşa înseamnă a fi gras; vede acest lucru ca unică alternativă la teama lui şi optează pentru această direcţie. Opţiunea făcută îndreaptă pacientul într-o direcţie pe acest drum cu sens dublu. Individul este rezultatul cumulativ al opţiunilor sale în ceea ce priveşte sensul mişcării de-a lungul timpului, sfârşind adesea într-un blocaj, într-o situaţie care nu-i mai permite nici o mişcare într-un sens sau altul. Această stare este la momentul

respectiv singura dezirabilă pentru el. Adesea, clinicianul trece cu vederea implicaţiile negative specifice ale predicţiilor pacientului. Odată ce terapeutul a vizualizat sistemul axial al pacientului poate face predicţii referitoare la direcţiile în care pacientul va trebui să se îndrepte. Este recomandat acestuia să evite să-i propună pacientului s-o ia în sens opus mai ales dacă în viziunea lui reversul are dimensiuni catastrofale (de exemplu: de la a fi „depresiv", la a fi „maniac"). Aşadar diagnosticul preliminar ar trebui să includă o schiţă a canalelor de mişcare existente ale pacientului.

Nu se poate spune, desigur, că terapeutul va avea întotdeauna o imagine clară asupra sistemului de constructe al pacientului. Ca în orice domeniu în care „obiectul" muncii este fiinţa umană este vorba de un proces continuu de înţelegere, care implică diferite niveluri de ambiguitate, confuzie, neînţelegeri, însă atât timp cât terapeutul este deschis unui feed-back corectiv din partea pacientului, terapia poate merge mai departe (Prochaska şi Norcross, 1994).

Terapeutul va fi întotdeauna atent dacă pacientul posedă constructe care ar putea să-i faciliteze mişcarea, a căror prezenţă va fi de bun augur pentru terapie. Dacă persoana îşi poate construi un „eu" în dezvoltare, deschis schimbării şi evoluţiei, atunci acea persoană va avea un sentiment de teamă legat de „a deveni diferit" sau „a deveni altcineva" asociat cu ideea de terapie.

VII.4. TEHNICI ŞI STRATEGII TERAPEUTICE

Terapia de construct are o bază teoretică largă, dar este relativ săracă la capitolul tehnici. De fapt, nici una dintre tehnici nu sunt destinate sau prescrise pentru ceva anume. Terapeutul optează pentru acea tehnică care consideră că va aduce schimbări. George Kelly a creat două tehnici care au ca scop înţelegerea mai profundă a imaginii despre lume a pacientului – şi anume, tehnica autocaracterizării şi grila repertorială precum şi o tehnică utilizată în procesul de reconstrucţie – tehnica rolului stabilit.

VII.4.1 Tehnici de evaluare în terapia constructivistă

Abordările constructiviste utilizează un minim de proceduri de evaluare. Se consideră că a petrece prea mult timp discutând problema ar putea s-o accentueze şi să adâncească viziunea clientului asupra lumii din perspectiva propriei probleme. Cu toate că accentul sare de la discutarea problemei, la discutarea soluţiei, este important să permită clientului să-şi spună propria poveste. Altfel, relaţia terapeutică ar avea de suferit, iar terapeutul ar putea ajunge să facă asumpţii eronate despre client.

În primul rând, în deschiderea terapiei, terapeutul va căuta să descopere *viziunea clientului asupra problemei*, în general printr-o întrebare deschisă de genul "Ce te aduce aici?" Modul cum este pusă întrebarea iniţială este important pentru identificarea scopurilor terapeutice.

O altă tehnică de evaluare este utilizarea *întrebărilor-scală*. Prin aceste întrebări se solicită clienţilor să estimeze problema, progresul sau orice alt element al terapiei, pe o scală de la 1 la 10. De asemenea sunt utilizate întrebările care solicită estimarea în *procent* a anumitor cerinţe. Cu ajutorul acestor întrebări terapeutul va obţine informaţii referitoare la: (1) gravitatea problemei din perspectiva clientului, (2) monitorizarea progresului clientului; (3) identificarea obiectivelor intermediare ale terapiei; (4) realizarea unor planuri specifice de îmbunătăţire.

Un alt element important îl reprezintă *evaluarea motivaţiei clientului*. Nu toţi clienţii sunt interesaţi în mod egal de schimbarea personală. Din acest punct de vedere există trei categorii de clienţii: *candidaţii pentru schimbare* (cei care vin la terapie din proprie iniţiativă), *reclamanţii* (cei veniţi la insistenţele familiei) şi *vizitatorii* (cei trimişi în general de justiţie) (Sommers-Flanagan, 2004). În mod ideal terapeutul trebuie să-i convingă pe cei din ultimele două categorii să devină clienţi pentru schimbare. Pentru a afla motivaţia clienţilor întrebarea poate fi următoarea *„Eşti mai interesat în găsirea unei căi de a trece peste depresie şi a trăi o viaţă normală sau eşti mai interesat să accepţi faptul că starea de depresie e permanentă şi ai nevoie de modalităţi de a face faţă depresiei?"* În mod evident cei motivaţi vor fi de acord cu prima parte a întrebării.

Abordarea „credulă" în evaluare porneşte de la ideea lui Kelly care spunea că principiul lui de bază este acesta: „Dacă nu ştii ce este în neregulă cu o persoană întreab-o. S-ar putea să-ţi spună" (Fransella, 1995; Sommers-Flanagan, 2004). Această idee porneşte de la consideraţia că un client este cel mai bun expert al propriei vieţii şi trebuie tratat ca atare.

VII.4.2. Tehnica autocaracterizării

Tehnica pusă în discuţie porneşte de la abordarea de mai sus. I se cere pacientului să scrie o scurtă compunere despre sine, la persoana a treia, ca şi cum ar descrie un personaj dintr-o piesă de teatru. Compunerea trebuie scrisă din punctul de vedere al unei persoane care-l simpatizează şi-l cunoaşte mai bine ca oricine. Persoana începe scrierea compunerii de la propriul nume. De exemplu „Corina Ionescu este...". Nu există o metodă de analiză foarte detaliată a autocaracterizărilor, dar dacă terapeutul şi-a dezvoltat abilitatea de a citi printre rânduri poate afla foarte multe informaţii despre pacientul său.

Fiind o descriere la persoana a treia, pacientul va câştiga un anumit grad de detaşare emoţională faţă de sine şi va selecta informaţiile pe care le va considera mai relevante.

Perspectiva persoanei care-i poartă simpatie şi-l cunoaşte foarte bine îl va obliga, pe de altă parte să aibă o perspectivă pozitivă asupra sa, să se concentreze pe aspectele pozitive şi poate avea ca efect dezvoltarea unei noi perspective asupra celor negative, mai puţin catastrofică, acestea putând fi interpretate ca fiind mai puţin grave.

În scopul interpretării auto-descrierii realizate de pacient se pot folosi metode calitative de interpretare – dintre care am putea aminti analiza de discurs, analiza fenomenologică etc.

VII.4.3. Grila repertorială

Grila repertorială a devenit ea însăşi o metodă de cercetare, de sine stătătoare aşa cum este descrisă în lucrarea *„Metodologia cercetării calitative"* (Ewen 1992; Băban, 2002).

Scopul acestei tehnici este ca şi în cazul anterior, acela de a înţelege mai bine pacientul din perspectiva a ceea ce îl preocupă. În versiunea sa originală ca *„tehnica pătrunderii dincolo de cuvinte"*. O grilă este în primul rând o matrice alcătuită din constructe personale şi din „elementele" care trebuie construite. Astfel, fiind concepută pentru a cunoaşte constructele interpersonale ale pacientului, elementele ei vor fi persoanele apropiate şi rudele pacientului. Matricea poate fi analizată prin diferite proceduri statistice. Pattern-ul relaţiilor ne oferă astfel perspectiva individului asupra relaţiilor şi oamenilor importanţi din viaţa sa.

Faze ale realizării grilei repertoriale (*apud* Băban, 2002):

1. Alegerea elementelor repertoriului personal (în funcţie de situaţia cu care se confruntă pacientul). Aceste elemente trebuie să fie relevante pentru problema aflată în terapie şi pot fi într-un număr cuprins între 9 şi 15. De exemplu, pot fi elemente ale unei grile, următoarele: prieten, partener, eu ideal, fiică, mamă, soră, persoana pe care o admir cel mai mult etc.

2. Identificarea similarităţilor şi diferenţelor. Se iau, la întâmplare, câte trei dintre elementele alese anterior şi notate pe cartonaşe şi i se cere pacientului să spună în ce mod două dintre cele trei elemente sunt similare şi prin ce diferă ele de cel de-al treilea. Scopul este obţinerea de constructe bipolare, termenul de similaritate identificat furnizând eticheta iniţială pentru construct, iar cel de diferenţiere eticheta opusă. Asumpţia pe care se bazează această tehnică este aceea că din modul cum o persoană îi descrie pe alţii, îndeosebi persoanele din jurul său, putem obţine mai multe informaţii despre acea persoană.

3. Evaluarea fiecărui element pe baza constructului creat. Să luăm, de exemplu constructul *apropiere-distanţă*. Se va lua, pe rând, fiecare element al grilei şi se va evalua pe o scală, în funcţie de apropierea sau îndepărtarea faţă de un pol sau altul al constructului. În această analiză se acordă o importanţă aparte evaluărilor propriei persoane, lucru care va furniza informaţii despre cum se percepe persoana pe sine. Aceste evaluări se trec într-o matrice.

4. Analiza relaţiilor dintre elemente. Adaugă alte date despre problema care ne interesează.

5. Analiza relaţiilor dintre constructe. Se compară datele din matrice pe linii şi pe coloane şi se extrag concluziile: cum se evaluează pacientul pe sine, cum îşi evaluează persoanele apropiate.

Grila repertorială este considerată, aşa cum am mai spus şi o metodă de analiză a datelor. În acest sens se poate proceda apoi la analiza statistică a datelor cuprinse în grilă, la calcularea corelaţiilor dintre elemente sau constructe etc.

VII.4.4. Tehnica rolului stabilit (ABC)

Este o tehnică care are ca scop facilitarea schimbării şi permite identificarea tensiunilor care ar putea îngreuna procesul de schimbare. Kelly acordă o importanţă considerabilă dramatizării şi jocului de rol ca elemente ale procesului terapeutic şi consilierii. El a elaborat această tehnică tocmai pentru a demonstra o modalitate în care teoria sa poate fi pusă în practică şi nu atât pentru a crea o tehnică specifică. Se porneşte de la autocaracterizarea pacientului, care este re-scrisă, însă diferit, sub anumite aspecte. Mai exact este descrisă persoana care ar putea deveni pacientul. Asupra acestei descrieri este necesar ca atât terapeutul, cât şi pacientul să negocieze astfel încât şi pacientul să fie de acord cu descrierea. Elementele acestei tehnici sunt (Băban, 2002):

1. poziţia prezentă şi poziţia dorită (A1 şi A2);
2. dezavantajele poziţiei prezente şi avantajele poziţiei dorite (B1 şi B2);
3. avantajele poziţiei prezente şi dezavantajele poziţiei preferate.

Discutând împreună pe baza acestor trei elemente, pacientul şi terapeutul vor ajunge la acord asupra rolului fixat. Odată acordul stabilit, i se cere pacientului să joace rolul descris o perioadă de timp. Scopul este acela de a-i dovedi pacientului că nu este blocat în acelaşi tipar. Odată ce adoptarea acestui rol are consecinţe pozitive, pacientul şi-l va putea însuşi, iar schimbarea ar porni din exterior spre interior. Cu toţii ne putem schimba, re-crea dacă dorim.

VII.5. CONDIŢII PENTRU CREAREA DE NOI CONSTRUCTE

Elementul central al terapiei de construct este auto-reinventarea. Pentru îndeplinirea unui asemenea obiectiv ambiţios sunt necesare o serie de condiţii minime.

1. Prima condiţie se referă la **ciclul validării**. Acesta se referă la gradul de compatibilitate între predicţii şi rezultate. Cu cât sunt mai clar formulate predicţiile şi cu cât cel care le face se implică mai mult, cu atât mai puternic va fi efectul validării. Primele date de validare a noilor constructe pe care dorim să le formăm se vor obţine în context terapeutic, apoi vor fi aplicate pe o scală experimentală mai largă, *in vivo*, în mediul cotidian. Terapeutul foloseşte invalidarea pentru a demonstra unde anume eşuează sistemul pacientului. Experimentele sunt concepute pentru a produce dovezi de validare, respectiv de invalidare, care oferă o bază pentru abandonarea constructelor disfuncţionale. Dacă nu există nimic care să înlocuiască

constructele abandonate, anxietatea se produce, semnalând lipsa a unei structuri adecvate pentru a face faţă evenimentelor curente. Anxietatea este o precondiţie pentru schimbare. Prezenţa ei, la un nivel tolerabil, fiind chiar necesară pentru implementarea schimbării. Absenţa ei este un semnal că terapia nu mai este necesară, că eventual, pacientul se descurcă bine cu propriul sistem de constructe.

2. **Introducerea noilor elemente**. Introducerea unui nou set de elemente este importantă pentru formarea contextului în care se vor dezvolta noile constructe. Noile elemente introduse se situează neapărat în zona de siguranţă a pacientului şi nu atacă aspectele sensibile, centrale, prin care el îşi defineşte identitatea, decât treptat.

3. **Experimentarea**. A treia condiţie favorabilă formării de noi constructe este existenţa unei atmosfere de experimentare. Ea există deja şi este implicată în discuţia despre validare şi în confruntarea cu noile elemente. Situaţia terapeutică este un context de laborator unde pot fi structurate experimente cu risc scăzut, care îl ajută pe pacient să probeze noile constructe, pentru a observa dacă sunt potrivite, exact ca şi atunci când suntem la magazin şi probăm diverse costume fără a ne simţi obligaţi să le cumpărăm pe toate. Scopul unei explorări de acest fel este acela de a realiza amprenta personală a modului cum ne reprezentăm realitatea. Doar prin experimentare pacientul poate să genereze informaţii noi pe baza cărora să creeze noi constructe şi noi perspective de abordare a situaţiilor de viaţă.

4. **Absenţa ameninţării**. Termenul de ameninţare este complet redefinit în contextul terapiei de construct. Şi alţi termeni, precum teamă, anxietate şi vină sunt reformulaţi ca indicatori ai unor anumite disfuncţii ale sistemului de constructe. Ameninţarea este experimentată atunci când evenimentele cu care ne confruntăm trebuie construite într-o manieră incompatibilă cu celelalte componente ale sistemului nostru. Există o mare probabilitate ca astfel de probleme să apară în terapie. Din punctul de vedere al terapiei de construct, pacienţii la care există mai multe şanse să apară elemente nedorite devin contra-productivi, deoarece acestea nu pot fi folosite pentru formarea de noi constructe iar efectul ameninţării îi constrânge să se „agaţe" puternic de constructele lor primare. Ameninţând pe cineva îl forţezi să-şi mobilizeze resursele iar resursele pacientului sunt pe cale să scadă datorită reacţiilor defensive. Atunci când observăm comportamente regresive, infantile la pacienţii noştri, şansele de a introduce elementele „ameninţătoare" sunt aproape nule sau chiar încercând îl determinăm să-şi reafirme sentimentul de neajutorare şi captivitate. Pentru a minimaliza ameninţarea şi a maximiza deschiderea spre experimentare, tehnicile constructiviste încearcă să inducă o atmosferă de joc. Acesta este rezultatul direct al gândirii propoziţionale conform căreia singurele limite ale construcţiilor noastre sunt limitele imaginaţiei noastre. Copiii au o mare fluenţă în a-şi crea o lume fantastică pornind de la banalul cotidian. Astfel de construcţii joacă un rol

important în renunţarea la constructele rigide din viaţa adultului, care au devenit redundante.

5. **Evitarea preocupării pentru vechile constructe**. Formarea noilor constructe este în mod evident, stânjenită atunci când pacientul prezintă o preocupare persistentă şi repetitivă pentru evenimentele trecute. Doar prin împletirea acestor evenimente trecute cu evenimentele recente are şansa să-şi reactualizeze sistemul de constructe. Modalitatea obişnuită de a construi evenimentele trecute îi foloseşte destul de puţin în construirea ultimelor evenimente. Totuşi, aceste obiceiuri au o utilitate indirectă dând stabilitate anumitor construcţii şi astfel, dând într-un fel, libertate mai mare de a fi creativi faţă de noile evenimente. În general, oamenii nu se pot schimba pentru că se simt prea aproape de ultimele efecte ale propriului comportament asupra altora. Făcând o analogie, putem spune că un pugilist va reacţiona spontan (şi nu în mod necesar corect) în confruntarea cu adversarul lui care, la rândul său, îi răspunde cu aceleaşi reacţii spontane. Singura speranţă în a-şi schimba comportamentul provine din acel „time-out" dintre reprizele de joc, când antrenorul încearcă să-i transmită un mesaj cognitiv: „ţine mâna dreaptă mai sus!". Terapia îi oferă pacientului oportunitatea de time-out, de a face un pas înapoi pentru a vedea mai bine efectele construcţiilor sale spontane asupra celorlalţi.

Relaţia terapeutică este contextul dezvoltării unor abordări alternative. Aşa cum am văzut, condiţiile optime pentru facilitarea dezvoltării susţin importanţa validării, existenţa unui „laborator experimental", asigurarea unor noi elemente şi evitarea atât a ameninţării cât şi a tendinţei de focalizare excesivă pe elementele trecutului.

VII.6. CARE PACIENŢI BENEFICIAZĂ CEL MAI MULT

Terapia de construct a fost aplicată unei palete largi de probleme, lucru care face dificil de spus care sunt persoanele care beneficiază cel mai mult, pentru ce fel de probleme este mai potrivită şi / sau se obţin cele mai bune rezultate. Terapia de construct a fost aplicată pacienţilor cu tulburări de gândire, schizofrenie; la cei cu bâlbâială cronică, la pacienţi care sufereau de depresie, anxietate, diferite fobii.

Concluzia care se impune este aceea că, în majoritatea cazurilor, eficienţa demersului terapeutic sau ineficienţa lui, ţine în cea mai mare măsură de priceperea, respectiv nepriceperea terapeutului de a aplica această formă de terapie.

Un domeniu în care terapia de construct a fost mai puţin aplicată este terapia de grup, dar au apărut şi în acest caz cercetători care propun o serie de principii sau chiar metode specifice aplicării ei în această arie.

VII.7. CRITICI ADUSE TEORIEI ŞI TERAPIEI CONSTRUCTIVISTE

Teoria lui Kelly este considerată adesea prea aridă, încărcată de neologisme şi este acuzată că omite mare parte din caracteristicile vitale şi specific umane: dragoste şi ură, pasiune şi disperare, reuşită şi eşec, inferioritate şi aroganţă, sexualitate şi agresiune ş.a.m.d. (Ewen, 1992). Unii critici consideră că accentul pus de Kelly pe cogniţie este exagerat şi găsesc că este dificil să relaţioneze ideile sale cu comportamentul uman propriu-zis.

Teoreticienii de orientare psihanalitică spun că, Kelly nu acordă suficientă atenţie copilăriei şi că în disputa lui nu există concepte precum ostilitate latentă sau reprimată, ci doar eşecul de a construi adecvat cu comportamentul celuilalt. Acest lucru este considerat o suprasimplificare grosieră.

Din aceste motive s-a considerat că teoria lui Kelly nu reuşeşte să ofere o imagine convingătoare asupra personalităţii umane cu tot toate implicaţiile acesteia.

De asemenea, terapia constructivistă a fost acuzată de un pozitivism exagerat, mergând până la a considera defectele drept virtuţi, eşecurile drept succese şi egoismul drept altruism. Unii terapeuţi se consideră că ar fi gata să spună orice pentru un efect strategic. Criticii au considerat o astfel de conceptualizare ca fiind superficială şi manipulativă (Sommers-Flanagan, 2004).

Capitolul VIII

TERAPIA CENTRATĂ PE SOLUȚII

Augustina Ilisie

VIII.1. Aspecte teoretice / premise
VIII.1.1. Principii practice

VIII.2. Intervenția terapeutică
VIII.2.1. Stabilirea obiectivelor
VIII.2.2. Întrebarea „magică"
VIII.2.3. Identificarea situației „excepție"
VIII.2.4. Monitorizarea progresului
VIII.2.5. Feedback-ul
VIII.2.6. Strategii terapeutice

VIII.3. Aplicabilitatea terapiei

VIII.4. Relația terapeutică

VIII.5. Caracteristicile pacienților

VIII.6. Tendințe

VIII.1. ASPECTE TEORETICE / PREMISE

Abordare recentă, derivată din terapia de familie şi din practica ericksoniană, terapia centrată pe soluţii s-a dezvoltat la Centrul de Terapie Familială de tip scurt din Milwaukee (SUA) în perioada anilor '80. Fondatorii săi, Insoo Kim Berg şi Steve de Shazer, specialişti în terapie familială, au constatat în practica clinică necesitatea unei noi abordări mult mai simple, practice, realiste şi cu beneficii concrete într-o perioadă cât mai scurtă. Diferenţa majoră faţă de terapiile tradiţionale constă în faptul că acordă mai mult timp construirii soluţiilor, decât explorării problemei şi cauzelor acesteia şi orientează în viitor întregul demers.

Fundamentul teoretic este constructivist, la fel ca şi pentru programarea neuro-lingvistică, rezolvarea de probleme şi terapia constructelor personale. Ideile de bază ale postmodernismului se regăsesc în concepţia teoretică a acestei noi abordări terapeutice prin dependenţa cunoştinţelor noastre de contextul istoric, social şi cultural. Natura multiplă, relativă şi de multe ori conflictuală a realităţii, denotă caracterul său construit social (Băban, 2002). Conform acestei teorii, semnificaţia evenimentelor se poate cunoaşte doar prin interacţiune socială, interpretare şi negociere, întrucât legaţi de contextul în care realizăm observaţia nu avem acces la adevărul obiectiv.

Terapia centrată pe soluţii ignoră orice etichetare diagnostică a patologiei prezente; ea susţine că problema nu reprezintă un indicator al psihopatologiei, ci este un rezultat al interacţiunilor sociale disfuncţionale într-un context dat. Ca metodă, ea este influenţată şi de abordarea narativă, întrucât propune o interpretare diferită a realităţii obiective, clientul în colaborare cu terapeutul căutând semnificaţii alternative pentru situaţiile de viaţă, pentru a ajunge în final la o reformulare a propriei istorii.

Fiecare demers terapeutic este personalizat, istoria soluţiilor propuse de fiecare client reprezintă punctul de pornire în planificarea viitoarelor obiective de atins. Naraţiunile lor sunt respectate şi valorificate atât pentru soluţiile reuşite, puse în practică în trecut, cât şi pentru perspectivele ipotetice asupra viitorului.

Ceea ce diferă în mod evident de alte sisteme şi abordări psihoterapeutice constă în absenţa analizei eşecurilor din trecut, eliberând astfel clientul şi terapeutul de limitările demersului terapeutic clasic: etichetarea patologiei, pierderea speranţei, scăderea motivaţiei, lipsa de productivitate a şedinţelor şi ineficacitatea. Prin stilul său „relaxat", terapia centrată pe soluţii abordează diferit realitatea, pornind de la ideea conform căreia schimbarea în sine nu este un proces liniar, ci ea se dobândeşte prin experimentare.

VIII.1.1. Principii practice

Asumpţia fundamentală care stă la baza acestor principii este aceea că oamenii *au* probleme, dar ei nu *sunt* probleme. Este contraindicată focalizarea asupra problemei sau a comportamentului simptomatic pentru că poate avea ca efecte consolidarea şi includerea acestora în sfera identităţii personale a clientului.

Terapia centrată pe soluţii propune o serie de principii valabile atât pentru terapeutul care conduce şedinţele, cât şi pentru clientul care abordează diferite probleme:

- *„Dacă un lucru nu este stricat, atunci nu-l repara!"* – orice aspect al vieţii (credinţe, convingeri, sentimente, atitudini, comportamente, activităţi) care nu interferează cu buna funcţionare a individului, nu trebuie modificat, chiar dacă la prima vedere – pentru persoanele din exterior - el pare iraţional şi posibil generator de probleme. Terapeutul trebuie să aibă în vedere doar disfuncţionalităţile menţionate de client şi nu să caute posibile cauze. Terapia centrată pe soluţii respectă drepturile şi dorinţele clientului şi consideră că valorile sunt alternative şi nu normative.
- *„Schimbările mici duc la schimbări mari"* – viaţa psihică se modifică în permanenţă, iar terapeutul are rolul de a-l face pe pacient să conştientizeze schimbările, chiar dacă minore (prin tehnica „întrebării – minune" sau a chestionarelor). Deşi se produc în timp şi nu în mod constant, în cele din urmă se ajunge la o modificare majoră, de aceea, pentru creşterea eficienţei terapeutice, se recomandă utilizarea şi „specularea" schimbărilor spontane, naturale ale pacientului.
- *„Dacă o soluţie funcţionează, continuă!"* alături de reciproca.
- *"Dacă o soluţie nu funcţionează, încearcă altceva!"* - strategiile de acţiune care au rezultate pozitive în direcţia rezolvării problemei, trebuie susţinute prin mobilizarea resurselor pentru a fi continuate. În acest caz, terapeutul trebuie să-l încurajeze pe client şi să îi ofere un feed-back pozitiv, pentru a-i întări direcţia respectivă şi nu să sugereze alte soluţii din dorinţa de a-l ajuta cu orice preţ. Dar dacă demersul nu se dovedeşte a fi eficient, atunci el trebuie oprit şi înlocuit cu un altul diferit, care va permite soluţionarea problemei.
- *„Păstrează terapia cât mai simplă!"* („Keep It Simple Stoopid!) intervenţia terapeutică trebuie să se concentreze asupra găsirii şi implementării soluţiilor şi nu asupra problemei şi a cauzelor sale. Cu cât se discută mai mult despre soluţii, cu atât clientul se automotivează şi propune mai multe posibilităţi de acţiune, iar durata terapiei se reduce considerabil.

VIII.2. INTERVENŢIA TERAPEUTICĂ

Modelul terapeutic bazat pe practica ericksoniană subliniază ideea că fiecare persoană are resursele şi aptitudinile necesare rezolvării problemelor

sale. Adoptând o perspectivă paradoxală, M. Erickson le spunea pacienţilor: „Există lucruri pe care le ştiţi, dar nu ştiţi că le ştiţi. Când veţi şti ceea ce nu ştiţi că ştiţi, vă veţi schimba". Acest tip de formulare provoacă pacientul să caute în el resursele necesare schimbării aşteptate (Dafinoiu, 2002).

De la prima întâlnire clientul este orientat către viitor, prin prezentarea acelor domenii de viaţă în care are succes, care îl satisfac şi în care se simte apreciat. Întrebările iniţiale accesează resursele şi abilităţile personale, ceea ce duce la o abordare diferită a conversaţiei faţă de tradiţionalul „Ce problemă vă aduce aici?" Deşi aparent aceste însuşiri şi competenţe nu au legătură cu problema pentru care se solicită ajutor, ele sunt semne ale strategiilor de rezolvare a problemelor şi pot contribui la conturarea soluţiei.

Terapeutul îi cere apoi pacientului să descrie eventuale modificări ale problemei din intervalul de timp dintre momentul fixării şedinţei şi cel al primei întrevederi. Scoaterea în evidenţă a schimbărilor survenite înainte de şedinţă relevă în ce măsură există motivaţia pentru schimbare iar persoana conştientizează faptul că a realizat singură un prim pas spre siguranţa dorită a unei noi perspective. Persoana care ajunge la o decizie înainte de prima şedinţă îşi ameliorează apoi – aproape spontan – situaţia, fiind un client motivat, gata să se implice pe deplin în demersul terapeutic.

Intervenţia se desfăşoară într-o succesiune de secvenţe: atitudinea terapeutului, negocierea obiectivelor, întrebarea „magică", întrebările de monitorizare, de coping, pauza în şedinţă şi mesajul final.

VIII.2.1. Stabilirea obiectivelor

Încă din prima şedinţă terapeutul asistă pacientul pentru a afla exact care sunt schimbările pe care şi le doreşte şi mai puţin evaluează istoricul problemei: „Cum ar arăta / fi viaţa ta de zi cu zi dacă aceste aşteptări s-ar îndeplini?", „Ce anume faci / şi ai făcut până acum pentru a realiza aceste dorinţe?", „Ce crezi că trebuie schimbat pentru a nu se manifesta problema?". S-a constatat că majoritatea clienţilor nu ştiu exact ce anume doresc, ei plângându-se mai mult de ceea ce nu vor să fie, să se întâmple, sau de modul în care nu doresc să ajungă (*apud* Holdevici, 1998).

Terapeutul explorează şi expectanţele clientului faţă de eficienţa terapiei: „Care sunt speranţele / aşteptările tale de la terapie?", „De câte ori ar trebui să ne întâlnim pentru a rezolva această problemă?". Răspunsurile sunt importante pentru că pot deveni predicţii care se autoîndeplinesc.

Terapia centrată pe soluţii priveşte „jumătatea plină" a paharului şi accentuează rolul activ şi prioritar al clientului, el fiind cel care stabileşte în principal *obiectivele* care îl motivează în terapie şi agenda şedinţelor. Pentru a lega viabil momentul prezent de viitorul posibil, obiectivele trebuie să deţină următoarele caracteristici (Berg şi Miller, 1992; De Jong şi Miller, 1995):

- să fie importante pentru client;
- să fie descrise în mod specific, concret, utilizând termeni comportamentali;

- să iniţieze schimbări pozitive şi mai puţin să reducă, să stopeze acţiunile disfuncţionale;
- să vizeze sfera interpersonală, mai puţin sfera personală, intrapsihică;
- să fie realiste, tangibile şi rapid de realizat în contextul de viaţă al clientului;
- *să se afle sub controlul clientului şi să nu depindă de alte persoane ori de circumstanţe exterioare; demersul de modificare a situaţiilor externe ori a altor persoane nu are finalitate.*

Proiecţia mentală a situaţiilor la care pacientul doreşte să ajungă devine un reper intern al acţiunilor sale prin care fiecare, emoţie, idee sau comportament nou, poate fi urmărit şi evaluat ca indicator al schimbării.

După stabilirea obiectivelor terapiei - care trebuie să îi aparţină pacientului - el trebuie să facă observaţii concrete şi detaliate asupra diferenţelor existente între starea - problemă şi starea - soluţie. Aceasta nu trebuie confundată cu dispariţia definitivă a problemei, căci de multe ori acest lucru nu este posibil prin însăşi natura ei (traume psihice, boli etc.). Soluţia trebuie înţeleasă ca fiind modalitatea cea mai eficientă de acceptare, adaptare şi depăşire a situaţiei respective. În acest context se adresează întrebarea „magică".

VIII.2.2. Întrebarea „magică"

Are drept corespondent tehnica ericksoniană a bilei de cristal (*apud* Holdevici, 1998). Întrebarea standard, propusă de Steve de Shazer încurajează clientul să ia în calcul o gamă nelimitată de posibilităţi şi să identifice schimbările pe care le doresc: *„Imaginează-ţi (pauză) că azi, după ce mergi seara la culcare (pauză) când dormi, în timpul nopţii (pauză) se întâmplă o minune şi problemele despre care am discutat, dispar (pauză). Pentru că dormeai atunci, nu ai de unde şti că a avut loc o minune. Mâine dimineaţă, când te trezeşti, care vor fi primele semne care îţi vor arăta că s-a întâmplat o minune pentru tine?".*

Pentru a obţine cât mai multe detalii, terapeutul îi adresează o serie de întrebări legate de aspectele interpersonale şi de ce se va mai întâmpla pe parcursul zilei respective: „Cine anume îşi va mai da seama că s-a întâmplat ceva?", „Care sunt schimbările pe care soţul / soţia / colegii / şeful / vecina / câinele le vor observa la tine?", „Enumeră 10 diferenţe pe care ei le-ar observa la tine!", „Ce i-ai spus soţului / soţiei dis de dimineaţă?", „Ai mers la serviciu?", „Ce ai făcut în timpul liber?"

Obiectivele acestei tehnici sunt: lărgirea contextului şi orizontului actual, reducerea sentimentului de culpabilitate în manifestarea problemei, dezvoltarea soluţiilor independent de problemă, discutarea noilor situaţii apărute după aplicarea soluţiei (De Shazer, 1994).

Demersul terapeutic se focalizează apoi asupra diferenţelor dintre comportamentele, gândurile şi sentimentele clientului în cele două situaţii

distincte, pentru a trece bariera dintre problemă şi soluţie („Care ar fi primul lucru pe care l-ai observa?"). Astfel se creează legături virtuale într-un „lanţ al diferenţelor" care îl conduce pe client spre construirea de posibile soluţii (Walter şi Peller, 1992). Întrebarea „magică" va putea fi repetată şi într-o fază ulterioară.

Recunoaşterea noilor aspecte ale realităţii şi a diferenţelor pe care le prezintă faţă de starea iniţială permite depăşirea limitărilor problemei şi considerarea unui viitor mai optimist.

VIII.2.3. Identificarea situaţiei „excepţie"

Pornind de la premisa conform căreia orice situaţie admite şi excepţii, terapeutul urmăreşte identificarea acestora, adică a situaţiilor în care problema ar fi trebuit în mod normal să se manifeste, dar din diverse motive acest lucru nu s-a întâmplat („Care este cea mai recentă situaţie în care problema nu a apărut?", „Cum ai reuşit să eviţi problema?", „Ce au constatat persoanele apropiate în situaţia respectivă?"). Situaţiile excepţie conţin *in noce* soluţiile problemelor şi minimalizează impactul acestora. Reactualizarea amănunţită în plan mental a excepţiilor are ca ţintă identificarea soluţiilor aplicate de către pacient în trecut şi punerea în evidenţă a abilităţilor şi strategiilor care pot fi reutilizate în acţiunile prezente. Încrederea în sine şi efortul voluntar reprezintă un pas înainte în adaptarea pacienţilor la circumstanţele actuale în vederea construirii soluţiei finale: „În ce măsură crezi că vei fi capabil să repeţi situaţia-excepţie?". Găsirea situaţiilor-excepţie valorifică resursele şi competenţele pentru schimbare, stimulează producerea soluţiilor şi creşte sentimentul de control al pacientului asupra simptomatologiei.

Construirea şi implementarea soluţiilor se realizează prin reiterarea situaţiilor-excepţie în sarcinile de lucru ale pacientului: „Dacă ar trebui să repeţi situaţia respectivă, care ar fi primul pas pentru ca ea să se întâmple?"

VIII.2.4. Monitorizarea progresului

La baza auto-monitorizării se află asumpţia conform căreia cunoaşterea următorilor paşi de făcut este mult mai utilă decât cunoaşterea cauzelor pentru eşecurile trecute. Folosind diferite tipuri de scale se urmăresc comportamentele şi trăirile diferite faţă de situaţiile anterioare, gradul de încredere în schimbările apărute precum şi aprecierea acestor modificări de către persoanele apropiate. Chestionarele de monitorizare se utilizează pe tot parcursul terapiei, în scopul măsurării progresului, a evidenţierii ameliorărilor obţinute şi pentru stabilirea priorităţilor de acţiune.

Scalele utilizate sunt de tip Lickert, cu 10 trepte, în care „0" exprimă situaţia cea mai negativă în care se manifestă problema, iar „10" înseamnă situaţia ideală, în care problema respectivă nu mai există. Aceste scale sunt în general verbale, dar ele pot fi şi sub formă grafică (scară, trepte, vârfuri

muntoase) sau reprezentate în mod concret, construite (din cuburi, cărămizi) pentru a furniza cea mai simplă structură a şedinţei.

Pacientul trebuie să prezinte care sunt în opinia lui semnele tangibile care îl vor informa că situaţia s-a îmbunătăţit şi că se află la un nivel superior: „Cum îţi vei da seama că ai trecut de la nivelul 4 la nivelul 5?" sau „Care sunt aspectele care contribuie la menţinerea situaţiei la nivelul 3?" Aceste chestionare oferă informaţii despre motivaţia şi percepţia personală a pacientului în situaţia-problemă, gravitatea acesteia, înţelegerea dificultăţilor întâmpinate în rezolvarea ei, mulţumirea, speranţa şi încrederea în progresul realizat către atingerea scopurilor. În funcţie de ceea ce terapeutul vrea să afle, i se poate cere pacientului să completeze chestionarele şi din punctul de vedere al unei persoane apropiate din familie: al soţului/soţiei, părinţilor: „La ce nivel crezi că apreciază soţul/soţia situaţia actuală?", „Câtă încredere are mama ta în schimbările din ultimul timp?", „În ce măsură înţelege prietenul tău problema cu care te confruntă?"

Evaluarea modificărilor are un caracter repetitiv, până la momentul în care pacientul consideră că şi-a îmbunătăţit consistent şi suficient situaţia.

Schimbarea propriu-zisă se realizează la următoarele patru niveluri:

1. *Comportamental*, terapia urmăreşte producerea excepţiilor, a activităţilor şi strategiilor care funcţionează şi care devin transferabile în diferite situaţii ulterioare.

2. *Cognitiv*, structura interviului are rolul de a-l îndepărta pe client de scenariul mental al „victimei" neajutorate pentru a putea prelua controlul asupra situaţiilor problemă şi a-şi manifesta libera decizie.

3. *Experienţial*, evaluarea treptată a problemei reprezintă un exerciţiu de conştientizare, iar pacientul trăieşte în dimensiunea sa subiectivă fiecare schimbare survenită.

4. *Sistemic*, prin îmbinarea caracteristicilor soluţiilor construite în demersul terapeutic şi aplicate în viaţa cotidiană. Terapia poate fi considerată reuşită atunci când schimbarea se manifestă la acest nivel, ceea ce îi asigură durabilitate, rezistenţă la factori perturbatori, dar şi flexibilitate şi capacitate de ajustare la noi situaţii.

VIII.2.5. Feedback-ul

După trecerea a 40 de minute se acordă o pauză de gândire, de câteva minute, pentru ca persoana să-şi poată pune în ordine noile informaţii şi să le confrunte cu vechile sale cunoştinţe.

Terapeutul se poate retrage pentru a discuta cu alţi membri din echipă (care pot asista la desfăşurarea şedinţei urmărind-o printr-o fereastră cu vedere unidirecţională). În acest interval se elaborează un mesaj constructiv, rezumativ, în care terapeutul apreciază resursele interioare de care dispune pacientul, măsura în care cooperează şi se implică activ în găsirea soluţiilor şi strategiile eficiente de care a dat dovadă în diverse situaţii. Pacientul la rândul

său îi prezintă terapeutului eventualele dificultăţi întâmpinate care complică evoluţia terapiei şi impactul în plan personal al şedinţei.

Temele de realizat între şedinţe se stabilesc de comun acord. Persoanelor motivate li se vor da sarcini concrete, acţionale, iar celor cu o motivaţie mai scăzută, sarcini mai puţin active, de exemplu de auto-observare şi auto-monitorizare în diverse situaţii. Acestea sunt cele mai frecvent recomandate pentru că sunt mai uşor de învăţat, de implementat şi mai puţin intruzive pentru pacienţi. Soluţiile pot fi testate numai prin experimentare, după un plan a cărui responsabilitate îi revine în întregime pacientului.

Terapia se finalizează atunci când atât terapeutul cât şi clientul apreciază de comun acord că au fost atinse obiectivele stabilite anterior (sunt menţionate concret, în amănunt, semnele schimbării atât în plan subiectiv cât şi pentru persoanele din jur), că au fost găsite şi aplicate cu succes soluţiile potrivite pentru rezolvarea problemei iniţiale şi că pe viitor clientul va şti să îşi folosească astfel resursele şi potenţialul de care dispune încât va putea trece de situaţiile – problemă apărute în atingerea obiectivelor personale.

VIII.2.6. Strategii terapeutice

Concepţia teoretică este simplă, dar nu simplistă şi pune în evidenţă un sistem conceptual riguros organizat, care a dezvoltat o serie de tehnici punctuale şi de întrebări care sunt folosite în mod obişnuit. Intervenţia se desfăşoară în formatul unui interviu semistructurat în care întrebările sunt formulate pentru a asista clientul la identificarea soluţiilor cu ajutorul resurselor existente.

Partea cea mai dificilă în însuşirea noilor concepte şi abilităţi utilizate în terapia centrată pe soluţii constă în deprinderea limbajului şi a modului său alternativ de a gândi. Limbajul folosit se dovedeşte a avea o importanţă majoră, întrucât există o interacţiune complexă între modul în care persoana înţelege lumea sa şi lumea însăşi, semnificaţiile şi interpretările diferite având ca efect percepţii diferite asupra realităţii.

Iată câteva modele lingvistice folosite în dialogul de construire a soluţiilor:

Întrebări focalizate (Cine?, Ce?, Unde?, Când?, Cum?, Care?) deschise, care îl invită pe pacient să comunice aspecte specifice legate de situaţiile trăite.

- „Ce anume trebuie să se întâmple pentru ca să consideri eficientă această şedinţă?"
- „Cu care parte eşti şi cu care nu eşti de acord din cele spuse/făcute?"
- „Când ai observat că problema se manifestă mai puţin intens?"
- „Cine a mai constatat schimbarea?"
- „Cum ar putea această calitate să te ajute în schimbare?"

Formularea alternativă a întrebărilor clasice – care subliniază negocierea dintre terapeut şi client:

- „Cum te pot ajuta?" versus „Cum vei şti că aceste şedinţe de terapie te-au ajutat?"
- „Mi-ai putea spune ceva despre problemă?" versus „Ce ai dori să se schimbe?"
- „Poţi să-mi spui mai multe despre asta?" versus „Putem descoperi excepţiile de la problemă?"
- „Cum putem înţelege problema în lumina trecutului?" versus „Cum va arăta viitorul fără problema aceasta?"
- „Problema reprezintă doar o manifestare superficială a unui fenomen mai profund?" versus „Am clarificat dimensiunea centrală pe care doreşti să ne focalizăm?"
- „Care sunt defensele pacientului?" versus „Care sunt calităţile şi capacităţile pacientului?"
- „De câte şedinţe avem nevoie?" versus „Am obţinut destule beneficii pentru a finaliza terapia?"

Este contraindicată folosirea interogaţiei „De ce?" deoarece există riscul ca discuţia să se orienteze spre căutarea motivelor care stau la baza apariţiei situaţiei – problemă şi pacientul să îşi consolideze perspectiva problemei.

Utilizarea timpului condiţional optativ - în formularea întrebărilor („Cum vei şti că problemele s-au rezolvat?") facilitează accesul clientului la construcţia soluţiei. Suprapunerea celor două timpuri, viitor şi trecut, este neobişnuită pentru alte abordări, dar este caracteristică pentru terapia centrată pe soluţii. Astfel, clientul poate experimenta complexitatea situaţiei şi va observa cu mai mare acuitate schimbările survenite, care îl vor orienta spre stabilirea unor obiective eficiente, concrete şi realiste (De Jong şi Berg, 1998).

Explorarea semnificaţiei personale – pentru a stabili o relaţie de colaborare autentică între terapeut şi client este necesară împărtăşirea viziunii asupra aspectelor care intră în discuţie, clientul este încurajat să exprime care este înţelesul realităţii şi al multiplelor sale faţete în plan subiectiv. De pildă: „Ce înseamnă pentru tine <a-ţi face griji>?" sau „Ai o opinie foarte fermă în legătură cu consumul de alcool. Trebuie să ai un motiv serios pentru asta..."

VIII.3. APLICABILITATEA TERAPIEI

Derivată din terapiile de familie, terapia centrată pe soluţii susţine faptul că schimbarea individuală produce modificări şi în sistemul familial; de aceea, atunci când pacientul se prezintă la prima şedinţă, terapeutul îi cere să fie însoţit – în măsura disponibilităţilor – de orice persoană care s-ar putea dovedi folositoare în rezolvarea problemei. Acest tip de terapie este indicată în format individual atât adolescenţilor cât şi adulţilor, iar în format de grup, familiilor, cuplurilor, grupurilor mici. De asemenea, cazurile pot fi conduse şi de o echipă de terapeuţi. Singura diferenţă majoră dintre aceste varietăţi de desfăşurare a şedinţelor rezidă în tehnicile specializate de interviu pe care

terapeutul le utilizează pentru a-i încuraja şi implica pe toţi participanţii atunci când şedinţele au un format colectiv. Terapeutul trebuie să folosească acelaşi repertoriu lingvistic ca şi pacientul, iar convorbirea se desfăşoară în termenii limbajului comun, evitându-se noţiunile ştiinţifice abstracte.

Terapia este eficientă în depresii, dependenţe de diverse substanţe, toxicomanii, stres posttraumatic, tulburări alimentare, ale comportamentului social, medierea conflictelor interpersonale (Miller, Hubble şi Duncan, 1996).

Fiind o terapie scurtă, numărul de şedinţe variază de la 1 la 12, într-o perioadă de 3 – 4 luni, însă fiecare dintre ele este considerată ca fiind ipotetic ultima, în funcţie de încrederea şi decizia pacientului. Frecvenţa lor este variabilă, rareori săptămânală; în general intervalele sunt tot mai mari, pe măsura ameliorărilor. Finalul este deschis, clienţii fiind înştiinţaţi că se pot reîntoarce oricând au un motiv întemeiat.

VIII.4. RELAŢIA TERAPEUTICĂ

Atitudinea de colaborare, de cooperare dintre terapeut şi client denotă faptul că în această abordare, nu terapeutul este expertul în construirea soluţiilor, ci clientul este cel mai bun specialist în rezolvarea propriilor probleme. Ambii participanţi (terapeutul şi pacientul) sunt parteneri egali şi împreună contribuie la construirea posibilităţilor viitoare – „realitatea este inventată, nu descoperită". Ceea ce este important pentru eficienţa terapeutului constă în abilitatea şi în măiestria de a formula în modul cel mai potrivit întrebările care vizează identificarea şi descrierea obiectivelor, a situaţiilor-excepţie, a competenţelor şi resurselor interioare şi a schimbării din viaţa pacientului. Terapia centrată pe soluţii pune în valoare obiectivele clientului fără o evaluare critică din partea terapeutului care urmăreşte să se relaţioneze cu persoana şi nu cu problema pe care ea o aduce în terapie. În acest sens, trebuie evitate sfaturile, confruntarea cu perspectiva personală, etichetarea psihopatologică, ori educarea clientului asupra efectelor nocive ale comportamentului său.

Atitudinea empatică, de congruenţă, ascultarea reflexivă, flexibilitatea traduc în practică respectul faţă de pacient prin validarea particularităţilor individuale, vârstei, genului, dizabilităţilor, etniei, diferenţelor culturale, clasei economico-sociale. Feedback-ul este esenţial atât la finele fiecărei şedinţe, cât şi la finalul terapiei, atât din partea terapeutului, cât şi a pacientului.

Pentru a facilita demersul terapeutului în administrarea unor feedback-uri pozitive clientului este utilă parcurgerea următoarelor întrebări (Holdevici, 1998):

- „Ce acţiuni pozitive întreprinde clientul, care dau anumite rezultate şi care pot fi puse în evidenţă şi încurajate?"
- „Este prezentă – şi în ce măsură – teama clientului de a fi criticat sau judecat?"

- „Clientul are temeri legate de posibila schimbare şi pe care le-aş putea înlătura?"
- „Cum să procedez pentru a-i acorda clientului credit pentru propria schimbare?"
- „Dacă în cursul şedinţelor sunt prezente mai multe persoane (ca în formatul de grup sau familial) cum să procedez pentru a-l încuraja pe fiecare individ în parte?"

În terapia centrată pe soluţii nu există clienţi slab motivaţi, ci consilieri care apreciază subiectiv că nivelul motivaţiei nu este satisfăcător, sau aşa cum ar trebui să fie, în opinia lor. De asemenea, susţinătorii acestei perspective de schimbare consideră că nu există eşec terapeutic, ci doar feedback-uri din partea clientului, astfel, dacă strategia utilizată nu are eficienţa scontată, trebuie încercată o alta, mai potrivită. Găsirea modului în care trebuie abordată fiecare problemă se realizează intrând în cadrul de referinţă al clientului, alături de el ori cu un pas în urma lui şi observând ce anume poate face el pentru a putea ajunge la ceea ce şi-a propus. Astfel, rolul terapeutului este acela de a-i facilita clientului reformularea problemei, clientul fiind apoi capabil să îşi modifice situaţiile de viaţă şi să îşi rescrie naraţiunea personală.

VIII.5. CARACTERISTICILE PACIENŢILOR

Terapia centrată pe soluţii diferenţiază trei categorii de pacienţi care apelează la un specialist în domeniu şi anume: tipul–consumatorului, tipul auto-compătimitor şi tipul-vizitatorului. În funcţie de răspunsul la o serie de întrebări („A cui a fost ideea să vii aici?", „Ce anume l-a determinat pe X (persoana care a făcut trimiterea) să creadă că ar trebui să vii aici?", „La ce schimbări se aşteaptă X din partea ta, după terapie?") pacienţii se încadrează într-una din următoarele categorii:

a) *consumatorul* îşi cunoaşte problema şi se consideră pe sine ca o parte a soluţiei. Aceştia sunt clienţii motivaţi şi în cazul cărora terapia are cele mai mari şanse de reuşită, pentru că îşi îndeplinesc în mod activ şi conştiincios sarcinile primite, astfel încât vor găsi mai multe soluţii potrivite pentru rezolvarea problemei. Aceste persoane au nevoie de o abordare directă, de provocarea terapeutului de a-şi exprima aşteptările şi obiectivele („Ce crezi că ar trebui să se schimbe ca urmare a şedinţei de astăzi?").

b) *auto-compătimitorul* îşi descrie problema detaliat, dar nu se consideră pe sine ca o parte a soluţiei, care ar trebui să vină de la alţii, din exterior. Pentru a transfera un asemenea pacient în categoria „consumatorului" este nevoie de multă încurajare din partea terapeutului pentru a-i întări motivaţia intrinsecă pentru schimbarea personală.

c) *vizitatorul* apare în două situaţii: fie vrea să afle diverse informaţii şi este mai degrabă curios decât motivat să se implice în terapie, fie clientul a fost trimis de către o altă persoană, fără ca el să fie convins că are nevoie de acest lucru. El susţine că nu prezintă o problemă anume (sau nu şi-o

recunoaşte) şi în consecinţă nu are nevoie de a fi asistat. Terapeutul îl încurajează să participe la o şedinţă şi caută să vadă dacă nu cumva clientul poate fi asistat în obţinerea unor obiective personale („Ce anume trebuie să faci pentru a convinge pe X (persoana care a făcut trimiterea) că nu ai nevoie de aceste şedinţe?").

VIII.6. TENDINŢE

Terapia centrată pe soluţii a depăşit în câţiva ani domeniul clinic şi s-a extins în diverse alte sectoare ale vieţii (cercetare, centre de reabilitare, training-uri pentru specialişti în educaţie şi în asistenţa socială, formarea grupurilor de susţinere, optimizarea funcţionării organizaţiilor, consilierea pentru carieră etc.).

Cercetările întreprinse (Gingerich şi Eisengart, 1999) au arătat faptul că acest tip de terapie scurtă şi-a dovedit eficacitatea în 65–83% din cazuri, în care simptomatologia a fost semnificativ redusă în aproximativ 4–5 şedinţe. Aceste cercetări au inclus dependenţa de alcool şi droguri, comportament antisocial, violenţă domestică, fără a stabili însă existenţa unor diferenţe între rezultatele obţinute în urma abordării diverselor probleme. Monitorizarea cazurilor rezolvate pe o perioadă de câţiva ani a pus în evidenţă faptul că în mai mult de 75% din situaţii, clienţii sunt mulţumiţi de evoluţia lor, iar problema, chiar dacă nu este pe deplin rezolvată, cel puţin s-a ameliorat în mod semnificativ (Beyebach, Morejon, Palenzuela şi Rodriguez-Arias, 1996).

Pe baza acestui suport empiric consistent, terapia centrată pe soluţii s-a dezvoltat semnificativ în Statele Unite (B. O'Hanlon, B. Bertolino, J. Littrell etc.) şi reuneşte în strategiile sale practice şi tehnici din programarea neuro-lingvistică şi hipnoterapie. Terapia centrată pe soluţii reprezintă o alternativă terapeutică viabilă, orientată spre viitor, care are în centrul său fructificarea resurselor şi calităţilor clientului ca partener în producerea schimbării.

Capitolul IX

TERAPIA CENTRATĂ PE PERSOANĂ

Mihaela Popa

IX.1. Dezvoltarea teoriei

IX.2. Concepte de bază
IX.2.1. Tendința de actualizare: a da tot ce avem mai bun din noi
IX.2.2. Dezvoltarea conceptului de Sine – a învăța cine suntem
IX.2.3. Pierderea încrederii în sine și sursa distresului
IX.2.4. Transformarea distresului

IX.3. Practica terapeutică
IX.3.1. Rolul terapeutului
IX.3.2. Aranjamentele necesare
IX.3.3. Relația client – terapeut

IX.4. Procesul terapeutic
IX.4.1. Cum este experimentat procesul terapeutic de către client
IX.4.2. Transformări sau modificări caracteristice care au loc în procesul terapeutic

IX.5. Aplicabilitate terapiei

Ne confruntăm cu o tendinţă din ce în ce mai accentuată de a studia, a dezvolta şi a utiliza acele proceduri care oferă ajutor în asigurarea stării de pace şi linişte interioară omului modern. Trăind într-o cultură din ce în ce mai puţin omogenă, care acordă individului un suport din ce în ce mai nesemnificativ, acesta trebuie să-şi rezolve conflictele interne pentru care în trecut societatea îşi asumase întreaga responsabilitate. În acest context social a apărut interesul pentru dezvoltarea procedurilor psihoterapeutice, nondirective sau terapia centrata pe client.

Punctul de pornire în terapia centrată pe persoană (non-directivă sau centrată pe client) este credinţa fundamentală conform căreia fiinţele umane sunt demne de încredere, sunt sociale şi creative. În practică, acest lucru se traduce prin faptul că terapeutul părăseşte poziţia de expert pentru a-şi face clientul capabil să îşi realizeze propriile resurse şi înţelegerea de sine. Ea pune accent pe lumea noastră perceptuală şi emoţională ca sursă a înţelegerii gândurilor, sentimentelor şi acţiunilor fiind în esenţă o abordare umanistă dar care conţine, de asemenea, şi elemente existenţialiste.

Cu toate că terapia centrată pe persoană subliniază importanţa experienţei individuale, ea este o teorie a relaţiilor; ne recunoaşte independenţa într-o manieră care asigură o cale spre comunicarea profundă şi acceptabilă cu ceilalţi. Contrar tendinţei de a fi considerată ca o abordare statică, terapia nondirectivă operează cu concepte dinamice care sunt constant revizuite în lumina experienţei clinice continue şi a cercetărilor noi în domeniu şi are la bază ipoteze ce pot fi testate, pot fi validate sau invalidate, oferind astfel, o speranţă de progres mai degrabă decât o stagnare a dogmei. Această caracteristică de dezvoltare, reformulare, schimbare pare să fie una dintre calităţile deosebite ale acestui tip de terapie.

IX.1. DEZVOLTAREA TEORIEI

Părintele terapiei centrate pe client a fost psihologul Carl Ransom Rogers care a crezut cu tărie în potenţialul omului de a se dezvolta în condiţii favorabile. Atitudinea sa, în opoziţie radicală faţă de majoritatea teoriilor psihologice ale timpului, datorează mult filosofilor John Dewey şi William H. Kilpatrik, care au avut o influenţă majoră asupra lui Rogers. Este vizibilă şi amprenta lăsată de teologii existenţialişti Paul Tillich şi Martin Buber asupra capacităţii lui Rogers de a înţelege natura umană.

Psihoterapia non-directivă sau centrată pe client este produsul propriilor caracteristici culturale. Dezvoltarea sa nu ar fi fost posibilă fără aprecierea inconştientului uman şi a naturii emoţionale complexe a omului. Deşi s-a dezvoltat în direcţii oarecum diferite de orientările psihoterapeutice ale lui Horney sau Sullivan, Alexander şi French, totuşi există numeroase interconexiuni cu aceste formulări moderne ale gândirii psihanalitice.

Terapia centrată pe persoană îşi are originea în terapia lui Rank şi în grupul Philadelphia. De asemenea, terapia centrată pe persoană a fost supusă

orientării, existente în Statele Unite, spre definiţii operaţionale, măsurători obiective, cu accent pe metode ştiinţifice şi pe necesitatea unui proces obiectiv de verificare sau dezaprobare a ipotezelor. Din psihologia gestaltistă, terapia non-directivă a preluat accentul pe întreg şi pe interrelaţionarea dintre cluster-ul de fenomene pe care noi îl numim individ.

În acest fel, am putea spune că, în mod conştient sau inconştient, această orientare terapeutică s-a întemeiat pe concepţia clinică, ştiinţifică şi filosofică a culturii existente în momentul respectiv.

Cu toate acestea, considerarea terapiei centrate pe persoană doar ca un simplu produs al unor influenţe culturale ar fi o greşeală deoarece ea se clădeşte pe baza unor observaţii intime, specifice ale comportamentului uman într-o relaţie, observaţii despre care se crede că depăşesc, într-o oarecare măsură, limitele sau influenţele unei culturi date. De asemenea, în încercările ştiinţifice de a descoperi legi semnificative care operează într-o relaţie terapeutică este greu să ajungi la invarianţi, la secvenţe comportamentale care sunt adevărate nu doar pentru o anumită situaţie sau pentru o anumită cultură, dar care descriu modul în care funcţionează natura umană.

Abia în 1940, Rogers face o primă încercare de cristalizare în formă scrisă a câtorva dintre principiile şi tehnicile unei noi abordări a terapiei, o abordare care a fost denumită „terapie non-directivă". Doi ani mai târziu, a publicat cartea intitulată „*Counselling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice*". În acel volum a oferit o prezentare a punerii în practică a acelor principii din domeniul consilierii care stimulează capacităţile integrative ale individului.

În 1942, Rogers îşi publică ideile într-o primă lucrare: „*Counselling and Psychotherapy*", urmată în 1951 de „*Client Centered Therapy*", prin care îşi stabileşte poziţia ca o figură majoră în lumea consilierii şi a psihoterapiei. Totodată, trebuie să menţionăm faptul că Rogers este cel care a introdus termenul de „client", prin acesta înţelegându-se o persoană care vine din proprie voinţă pentru a căuta ajutor în rezolvarea problemelor sale, care îşi asumă responsabilitatea situaţiei sale şi care nu este privită ca fiind bolnavă sau ca obiect al unui experiment.

IX.2. CONCEPTE DE BAZĂ

Optimismul este conceptul de bază al teoriei centrate pe client, vis-a-vis de capacităţile şi motivaţia noastră primară. Dacă avem condiţiile necesare, vom înflori şi vom persevera, iar aceasta va duce la un comportament care este responsabil din punct de vedere social şi care va întări orientarea spre colectivitate.

IX.2.1. Tendinţa de actualizare: a da tot ce avem mai bun din noi

Rogers susţine că fiecare persoană este un întreg sau un organism, cu o singură tendinţă motivaţională de bază: tendinţa de a actualiza. Aceasta este tendinţa inerentă a organismului de a-şi dezvolta toate capacităţile prin modalităţi care servesc la „menţinerea şi întărirea experienţelor organismului" (Rogers, 2002, p. 487).

Această tendinţă de actualizare nu este o forţă interioară care ne îndeamnă, ci mai degrabă o dispoziţie primară pe care o exteriorizăm atunci când ne ordonăm sau ne abordăm propria viaţă. Este o capacitate înnăscută de a ne organiza şi selecta experienţa internă şi externă într-un mod în care să ne întărească. Prin urmare, pe măsură ce creştem şi ne dezvoltăm, abordăm în mod natural alţi oameni, mediul mai extins şi propriile experienţe într-o manieră care ne îndreaptă spre ceea ce este pozitiv şi ne ajută să evităm acele lucruri sau evenimente care sunt dăunătoare propriei stări de bine.

Terapeutul devine conştient că această tendinţă de înaintare a organismului uman este temelia pe care el se bazează în procesul terapeutic. Acest lucru este evident nu numai în tendinţa clienţilor de a se mişca în direcţia creşterii când factorii situaţionali sunt clari, dar este şi mai limpede în cazurile grave în care individul se află la limita unei psihoze sau a suicidului. În aceste situaţii terapeutul este conştient de faptul că singura forţă pe care se poate baza cu adevărat este tendinţa spre dezvoltare continuă şi îmbogăţire personală.

IX.2.2. Dezvoltarea conceptului de Sine – a învăţa cine suntem

Deşi teoria centrată pe persoană conceptualizează individul ca pe un întreg unificat, un aspect al fiinţei noastre joacă un rol central în dezvoltarea şi funcţionarea noastră. Acesta este conceptul de sine şi corespunde oarecum cu ceea ce numim conştiinţa de sine. Conceptul de sine începe să se formeze la o vârstă fragedă, atunci când începem să realizăm că suntem separaţi de cei din jurul nostru. Începem să ne gândim la noi înşine în termeni de EU şi MIE, ca la o persoană unică având caracteristici variate. La început, această conştientizare şi cunoaştere de sine nu este articulată, dar pe măsură ce ne dezvoltăm şi în special când învăţăm să vorbim, ne consolidăm treptat ideile despre noi înşine.

Dacă dezvoltarea cunoaşterii de sine apare în totală armonie cu tendinţa de actualizare, ceea ce înseamnă că dacă reuşim să ne cunoaştem pe noi înşine aşa cum suntem în realitate, atunci vom avea o viaţă plină şi satisfăcătoare. Structura sinelui se formează ca rezultat al interacţiunii cu mediul şi în special ca rezultat al evaluării interacţiunii cu ceilalţi. Sinele se prezintă ca un pattern conceptual organizat, fluid, dat consistent, de caracteristici şi relaţii ale lui EU şi MIE împreună cu valorile ataşate acestor concepte. Valorile ataşate experienţelor şi cele care sunt parte din structura sinelui sunt în unele cazuri experimentate direct de către organism, iar în alte

cazuri sunt valori interiorizate sau preluate de la alţii, dar percepute în manieră distorsionată, ca şi cum ar fi fost experimentate direct.

Cu toate acestea, cunoaşterea de sine nu apare izolat, ea reprezintă aspectul relaţional al fiinţei noastre, care cauzează probleme. Dacă pentru alţi autori conceptul de Sine este sinonim cu cel de organism, aici el este folosit într-un sens mai restrictiv, acela de conştientizare a existenţei şi funcţionării.

IX.2.3. Pierderea încrederii în sine şi sursa distresului

Încrederea în sine se dezvoltă într-o perioadă în care suntem dependenţi de alţii pentru realizarea bunăstării noastre fizice şi emoţionale. A primi şi a dărui afecţiune, acceptare şi dragoste sunt aspecte pozitive prin ele însele, deoarece astfel de sentimente sunt inerent satisfăcătoare; totuşi nevoia de a câştiga aprobarea şi căldura din partea celorlalţi poate intra în conflict cu ceea ce noi percepem a fi bun pentru noi.

Să ne imaginăm un copil mic care desenează imaginea casei sale. El colorează un soare galben, strălucitor şi multe flori roz şi albastre. Suprafaţa aleasă de el pentru a colora sunt pereţii de culoare crem ai dormitorului părinţilor săi. Pe măsură ce desenează el se simte fericit şi mulţumit că poate face un gest atât de drăguţ pentru părinţii săi. Îi iubeşte şi simte că astfel îşi poate demonstra dragostea şi va primi la rândul său afecţiune. Nu este nevoie să mai menţionăm, răspunsul părinţilor este neaşteptat şi şocant. Ei se supără, devin nervoşi, tonul vocii lor este dur şi îi provoacă teamă. Copilul este trimis în camera sa şi i se dă voie să coboare doar mai târziu pentru a i se spune că dacă acest lucru se va mai repeta o singură dată va fi pedepsit sever.

Cum poate acest copil să înţeleagă situaţia? Când a creat desenul el a fost îndemnat de acea parte din el care îi spunea că acesta este un act pozitiv şi creativ. Acum el trebuie să-şi însuşească o evaluare complet diferită din partea părinţilor săi. El are nevoie şi îşi doreşte dragostea lor, deci, pentru a-şi menţine încrederea în ei, el începe să-şi reinterpreteze propriul comportament şi propriile sentimente. Ajunge la concluzia că a greşit: pentru ca părinţii lui să fie atât de reci, el trebuie să fi făcut ceva greşit. Astfel, el se eliberează de sentimentul de a fi rănit, provocând o separare în concepţia despre sine.

Pe de o parte, un astfel de răspuns duce la conservarea de sine căci aduce o mai mare siguranţă a faptului că părinţii ţin la el. Totuşi, astfel de incidente ne pun în inferioritate faţă de valorificarea profundă şi intuitivă a experienţei noastre; valorificare pe care o posedăm cu toţii. Într-o măsură mai mare sau mai mică, ajungem să ne înţelegem pe noi înşine prin intermediul mesajelor primite de la ceilalţi, prin răspunsul emoţional al celorlalţi. Atitudinea pozitivă necondiţionată este primită atunci când mesajele permit sau chiar se potrivesc cu experienţa noastră: ne simţim cunoscuţi şi acceptaţi şi nu este provocată nici o tensiune interioară.

Totuşi, când suntem priviţi negativ sau suntem preţuiţi doar dacă ne conformăm anumitor condiţii, în special dacă persoanele în cauză sunt foarte

influente în viețile noastre, apare tendința de a ne însuși opiniile lor, ceea ce duce la conflicte și rupturi interne. Rogers a numit această internalizare *condițiile valorii,* care se construiesc în conștiința despre sine (Rogers, 2002).

Pe măsură ce se acumulează diferite experiențe în viața individului, ele sunt fie (a) simbolizate, percepute și organizate într-o oarecare relație cu sinele, fie (b) ignorate deoarece nu este percepută nici o relație cu structura sinelui, fie (c) se infirmă simbolizarea sau se dă o simbolizare distorsionată deoarece experiența este inconsistentă cu structura sinelui.

Să discutăm mai întâi la acele experiențe care sunt ignorate deoarece sunt irelevante pentru structura sinelui. Există variate zgomote în jurul nostru în acest moment cărora nu le acordăm o atenție deosebită deoarece nu satisfac nici o nevoie intelectuală; prin urmare le ignorăm total. Adesea ne îndoim că ele ar fi existat în câmpul nostru de fenomene la un moment dat. Majoritatea experiențelor noastre senzoriale sunt ignorate, nu sunt aduse niciodată la nivelul simbolizării conștiente și există doar sub forma unor senzații organice, fără a fi fost vreodată relaționate în vreun fel cu acest concept organizat de sine sau de sine în relație cu mediul.

Un grup mai important de experiențe sunt acelea care sunt acceptate în conștient și organizate într-o oarecare relație cu structura sinelui, fie datorită faptului că satisfac o nevoie a sinelui, fie deoarece sunt consistente cu structura lui și o întăresc. Astfel, numeroase experiențe sunt simbolizate deoarece sunt legate de o anumită nevoie a sinelui. Observăm o carte deoarece tematica sa ne interesează și dorim să știm mai multe, observăm fructele în piață atunci când ne pregătim să le cumpărăm etc.

Problemele continuă să apară atunci când ceea ce satisface o persoană nu o satisface și pe o alta. Poate exista o anumită flexibilitate în modul în care gândim despre noi înșine deoarece conceptul de sine nu este total rigid. El se prezintă mai degrabă ca o constelație de gânduri și sentimente relativ coerente, care ne permit să dezvăluim anumite aspecte despre noi înșine, mai ușor față de un grup de persoane decât față de un altul.

Totuși, în ciuda acestui fapt este mai probabil să ne îndreptăm spre experiențe care pun la încercare înțelegerea de sine sau care aduc diferite părți ale sinelui în conflict; iar acest lucru va provoca anxietate deoarece deși putem suprima sentimentele și percepțiile, ele nu sunt complet șterse.

În aceste situații, conceptul de sine este amenințat: se deschide o prăpastie între ceea ce avem nevoie să fie adevărat pentru a ne menține capacitatea de înțelegere a lumii și a noastră și ceea ce simțim de fapt că se întâmplă în realitate. În cazul discrepanțelor mici, ne putem acomoda relativ ușor, dar cu cât prăpastia între realitate și imaginea de sine este mai mare cu atât și anxietatea va crește. Provocările radicale sunt percepute ca un pericol pentru viața individului deoarece anumite experiențe provoacă o asemenea prăpastie în modul în care ne percepem încât nu mai recunoaștem cine suntem – o astfel de alienare completă a sinelui este înfricoșătoare. Drept rezultat, investim enorm în menținerea imaginii de sine.

Pentru a ne proteja împotriva disconfortului şi a colapsului intern, filtrăm experienţele interne şi externe prin două procese cunoscute sub denumirile de distorsiune şi negare.

A distorsiona o experienţă înseamnă a selecta unele evenimente şi a lăsa deoparte altele sau a înţelege un lucru într-un anumit fel şi nu în altul. De exemplu, un copil căruia i se spune în repetate rânduri: „Nu te voi iubi dacă...", îşi va însuşi această remarcă până într-acolo încât va crede despre sine că nu poate fi iubit de către nimeni. Mai târziu în viaţă, dacă va întâlni o persoană care să-l trateze cu prietenie şi căldură, s-ar putea să nu aibă încredere în ea. La fel, el ar putea crede că a indus în eroare acea persoană făcând-o să creadă că ar fi demn de a fi iubit, dând astfel naştere unui sentiment de vinovăţie şi teamă că acel prieten va pleca odată ce va descoperi adevărul.

Ambele soluţii prezentate protejează sentimentul că este o persoană ce nu poate fi iubită, una prin proiectarea către exterior a neîncrederii în propria valoare, cealaltă prin asumarea acestei proiectări. Acesta la rândul său, protejează împotriva cunoaşterii durerii provocate de respingerile din trecut şi a haosului provocat de reevaluarea de sine şi a relaţiilor proprii.

Prin contrast, a nega o experienţă înseamnă că ea este complet pierdută din conştiinţă. Pur şi simplu putem să nu înregistrăm niciodată anumite sentimente sau putem să evităm experienţele dificile, probabil, continuând să cheltuim bani la fel cum facem de obicei când de fapt, suntem aproape de faliment, sau nefăcând pregătiri pentru evenimente viitoare care nu dorim să se întâmple. De asemenea, negarea este evidentă în amnezia care se poate instala în cazul unor evenimente puternic traumatizante.

A distorsiona şi a nega experienţele, înseamnă a provoca în mod continuu „fisuri" interne. Costul acestora este stresul emoţional şi psihic. Pentru unii oameni, măsura în care se absorb condiţiile interiorizate ale valorii de sine, face ca viaţa să fie o sursă continuă de teamă. În plus, aplatizarea şi goliciunea caracteristice depresiei, indică preţul plătit pentru suprimarea sentimentelor. Insatisfacţia, singurătatea, confuzia, anxietatea, epuizarea, moartea emoţională şi chiar disocierea şi aşa numitul colaps psihotic – pot proveni din încercările de a separa sentimentele cărora le putem face faţă de cele pe care le suprimăm. Astfel, protejarea sinelui devine oprimarea lui şi chiar distrugerea sa, iar exteriorizarea acestuia înseamnă prejudicierea, opresiunea şi distrugerea celorlalţi.

IX.2.4. Transformarea distresului

Scopul terapiei centrate pe client este acela de a oferi condiţii care să permită vindecarea „fisurilor" interne şi începerea unui proces de re-conectare totală cu experienţa şi cu re-valorificarea internă. Acest lucru se bazează pe o singură premisă, aceea că dacă oferim clientului respect, înţelegere şi o prezenţă sinceră şi deschisă acestea vor crea un climat de siguranţă şi încredere necondiţionată. Gradat, clientul va simţi din ce în ce mai puţin

nevoia de a se apăra în faţa experienţelor care ameninţă să treacă de barajele protectoare pe care ei şi le-au construit în timp. Sentimentele, gândurile şi percepţiile care înainte ar fi fost transformate sau refuzate, pot fi acum conştientizate şi reevaluate, permiţând astfel o absorbţie satisfăcătoare a experienţelor.

IX.3. PRACTICA TERAPEUTICĂ

IX.3.1. Rolul terapeutului

În practica terapeutică, a-ţi vedea propriile atitudini, confuzii, ambivalenţe, sentimente şi percepţii exprimate corect de o altă persoană, dar dezgolite de complicaţiile lor emoţionale, înseamnă a te privi obiectiv, fapt ce duce la acceptarea în sine a tuturor acestor elemente percepute acum mult mai clar. Astfel se realizează o reorganizare şi o funcţionare integrată a sinelui.

Într-o relaţie terapeutică confortabilă, caldă, clientul începe să experimenteze un sentiment de siguranţă când vede că orice atitudine exprimată este înţeleasă aproape în acelaşi fel în care a perceput-o el, şi este acceptată. El poate experimenta sentimente ostile sau oricare alte sentimente fără a se simţi vinovat. Acest fapt este posibil deoarece o altă persoană a reuşit să-i adopte cadrul de referinţă, să perceapă alături de el şi totuşi, să perceapă cu respect şi acceptare (Mearns şi Thorns, 1998).

Prin urmare, terapeutul nu arbitrează procesul sau evenimentele evaluative şi orientative ale clientului său. În schimb, el creează o relaţie facilitatoare în care clientul rămâne expert în propria lui experienţă.

IX.3.2. Aranjamentele necesare

În terapie se acordă o mare importanţă aspectelor practice. Este necesară o cameră confortabilă şi izolată fonic. Asupra duratei unei şedinţe se cade de acord. De obicei aceste şedinţe au loc cu regularitate. Anumite nevoi necesită răspunsuri specifice; acolo unde este posibil şi adecvat, se pot face aranjamente mai flexibile, stabilite de comun acord de către terapeut şi client.

IX.3.3. Relaţia client – terapeut

Rogers vorbeşte despre trei aspecte sau condiţii necesare terapeutului: congruenţa, acceptarea necondiţionată şi empatia. Mai mult, pentru ca procesul terapeutic să se desfăşoare în bune condiţii, clientul trebuie să simtă (conştient sau inconştient) prezenţa acestor calităţi. Cele trei aspecte menţionate sunt condiţii de bază pentru o terapie eficientă, totuşi prezenţa terapeutului este adesea privită ca o a patra condiţie datorită importanţei sale în stabilirea unei relaţii terapeutice adecvate.

Congruenţa implică din partea terapeutului atenţie, o atitudine deschisă, prezentând două dimensiuni. Prima: în relaţia terapeutică, terapeutul trebuie să fie el însuşi, sincer, să fie atent la prezenţa şi modificarea gândurilor, sentimentelor şi percepţiilor sale. Căldura, plictiseala, teama, bucuria, exaltarea, îngrijorarea, gelozia, furia, curiozitatea, toate vin şi trec, dar în interior nu trebuie să existe tăinuire conştientă sau prefăcătorie. A doua: această prezenţă sinceră trebuie transmisă clientului. Îndepărtarea mecanică, afişarea unei faţade profesionale sau evitarea sincerităţii necesare şi adecvate în relaţia cu un client, va duce la inhibarea dezvoltării relaţiei cu acesta.

În practică, o problemă majoră vis-a-vis de congruenţă se referă la măsura în care terapeutul ar trebui să-şi destăinuie din propriile gânduri şi sentimente. Destăinuirile congruente din partea terapeutului riscă totdeauna să devieze atenţia de la experienţa clientului. Dacă un client mă irită, ar fi bine să-i spun acest lucru? Dacă îmi pune întrebări despre viaţa sau experienţa mea personală, ar fi bine să-i răspund? Nu există o regulă absolută: ceea ce este bine pentru un client s-ar putea să nu fie bine şi pentru altul. Dacă nu sunt sigur asupra importanţei răspunsului meu (ca terapeut) pentru client, ar fi bine ca înainte să vorbesc despre propria mea experienţă, să subliniez aparenta importanţă a credinţelor mele sau să-mi destăinui incertitudinea. Acest lucru trebuie făcut nu pentru a evita întrebarea clientului ci pentru a preveni pierderea unui aspect care poate fi important pentru client.

Conştientizarea şi utilizarea atentă a congruenţei permite discutarea unor aspecte relaţionale care influenţează terapeutul. De exemplu, dacă terapeutul simte un antagonism în relaţie dar acesta nu este menţionat de către client, el poate alege să vorbească despre propriul sentiment de fricţiune pentru a crea o cale spre această experienţă mutuală. Când terapeutul oferă o exprimare congruentă a unor asemenea sentimente, el trebuie să fie clar, să se înţeleagă că aceste trăiri îi aparţin, şi nu că ar sugera cum ar fi pentru client. Astfel, clientul este liber să-şi verifice propria conştientizare şi să decidă cum doreşte să răspundă. Este o invitaţie spre explorare mutuală, care clădeşte un climat de încredere.

Destăinuirea terapeutului este un aspect complex. Ea ar trebui să fie un *„răspuns"* la experienţa clientului, relevantă pentru preocuparea de moment a acestuia şi să exprime sentimente care sunt „persistente sau zdrobitoare" (Mearns şi Thorns, 1998).

Empatia. A fi empatic înseamnă a privi cu atenţie lumea interioară a celuilalt. Empatia implică întreaga persoană, inclusiv înţelegerea cognitivă şi răspunsurile corporale, emoţionale şi intuitive. Important pentru empatie este să devii conştient de stările interne ale altei persoane ca şi cum tu ai fi acea persoană, dar fără a pierde vreodată conştiinţa propriei stări interne. În acest fel empatia şi congruenţa devin procese paralele.

Comunicarea empatică este importantă pentru client deoarece se convinge că este înţeles, dar şi pentru terapeut pentru a-şi verifica propria înţelegere. De fapt, terapeutul spune: „Aşa simt eu. Am înţeles bine?".

Expertul în experienţa clientului trebuie să rămână clientul însuşi, întărind reciprocitatea procesului. Răspunsurile empatice implică deseori exprimarea verbală a acordului asupra a ceea ce s-a auzit şi s-a simţit, dar expresiile faciale, tonul vocii, gesturile şi chiar a fi o prezenţă neclintită şi tăcută, pot comunica nivelul de înţelegere al terapeutului.

La fel ca şi în cazul congruenţei, aspectul cheie se referă la ce anume şi când trebuie să spunem. Dacă răspundem cu aspecte superficiale ale situaţiei atunci când clientul se confruntă cu sentimente profunde sau invers, este posibil să periclităm procesul de explorare deoarece răspunsul nostru nu se apropie de experienţa trăită de client. Alegerea unui nivel corespunzător de empatie poate forma sentimentul de siguranţă.

Acceptarea necondiţionată. Pentru ca terapia să aibă succes, terapeutul trebuie să fie capabil să menţină un anumit grad de simpatie şi respect pentru client. Acceptarea necondiţionată este prezentă atunci când terapeutul acceptă clientul fără a trebui ca acesta să fie într-un anumit fel pentru a-i face plăcere sau pentru a se conforma. În practică acest lucru înseamnă să încerci să nu judeci modul de prezentare, gândurile, acţiunile şi sentimentele clientului şi nici să nu adopţi o viziune în termeni de BINE sau RĂU referitoare la rezultatul terapiei. Totuşi, acceptarea nu este o formă de inhibiţie sterilă din partea terapeutului. Ea presupune un interes profund care nu cere persoanei să se schimbe pentru a fi acceptată.

Terapeutul poate manifesta un sentiment de apropiere faţă de client. Uneori poate manifesta sentimente contrare. Sentimentele puternice, pozitive sau negative, din partea terapeutului, pot afecta procesul terapeutic. În special, ele pot inhiba empatia, deoarece blochează capacitatea de a recepţiona clientul fără distorsiuni. Dacă acest lucru se întâmplă, este indicat ca terapeutul să discute cu supervizorul său pentru a determina cauza acestor sentimente şi pentru a-i găsi căi care să-i deblocheze capacitatea empatică. Sentimentele pozitive sau negative care sunt parte a relaţiei terapeutice trebuie exprimate congruent de către terapeut pentru a preveni „împotmolirea" relaţiei sau nesinceritatea.

De obicei, sentimentele negative deranjează terapeutul mai mult decât cele pozitive. În plus, procesul empatic în sine conferă un respect profund.

Fiecare dintre cele trei condiţii ale relaţiei terapeutice poate fi la un moment dat mai evidentă decât celelalte, dar interrelaţionarea lor presupune că absenţa uneia va duce la încetarea eficienţei terapeutice a celorlalte două. Efectele pozitive ale înţelegerii profunde şi a respectului aparent vor fi nule în cazul în care incongruenţa sugerează nesinceritate.

IX.4. PROCESUL TERAPEUTIC

IX.4.1. Cum este experimentat procesul terapeutic de către client

Etapele generale prin care trec clienţii pe parcursul procesului terapeutic, aşa cum au fost ele observate şi descrise de către Rogers, ar fi următoarele:

- *experimentarea responsabilităţii.* Unul dintre elementele care par să iasă în evidenţă în reacţia iniţială a clientului este descoperirea faptului că în relaţia terapeutică, el este responsabil pentru sine însuşi. Reacţiile clienţilor în această fază sunt diferite: unii se simt abandonaţi de terapeut, lăsaţi să facă sau să spună ceea ce vor, alţii sunt enervaţi când descoperă că responsabilitatea le revine lor.
- *experimentarea explorării.* Până acum am expus reacţii care au condus de fapt spre terapie sau care fac ca procesul terapeutic să fie posibil. Abia în cadrul explorării, clientul începe să simtă că acest proces în care s-a implicat va determina unele schimbări în structura sa, schimbări pe care nu le-a bănuit. Îi este teamă, dar în acelaşi timp îşi doreşte această schimbare.

O caracteristică a acestei perioade de căutare este experimentarea de către client a inconsistenţei sale. Când poate vorbi liber, îşi poate exprima liber atitudinile (reflectarea atitudinilor), atunci descoperă contradicţii care nu au fost observate până atunci. Siguranţa conferită de terapeut în relaţia cu clientul şi absenţa totală a oricărei temeri par să diferenţieze net această explorare de conversaţia obişnuită. O altă caracteristică a explorării pare să fie sentimentul că şedinţa terapeutică este locul în care clientul poate vorbi liber, direct despre preocupări aşa cum sunt ele resimţite de acesta. Totuşi trebuie reţinut faptul că doar o parte din sentimente şi atitudini sunt comunicate de către client. Ceea ce el comunică şi simte în timpul şedinţei terapeutice reprezintă doar o mică parte din ceea ce el experimentează în perioada dintre şedinţe.

- *descoperirea atitudinilor negate.* Rezultatul explorării verbale a atitudinilor şi problemelor este descoperirea acelor atitudini pe care clientul le-a experimentat dar pe care a refuzat să le conştientizeze. Clienţii vorbesc despre afirmarea unor „lucruri la care nu m-am gândit niciodată până acum", sau folosesc alte cuvinte pentru a descrie acest aspect al experienţei lor. Descoperirea prezenţei unor atitudini şi emoţii care au fost exprimate somatic şi psihologic, dar care nu au fost niciodată reorganizate în conştiinţă, constituie unul dintre cele mai profunde şi mai semnificative fenomene ale terapiei.
- *reorganizarea sinelui.* Pe măsură ce aceste elemente negate ale experienţei sunt conştientizate, este necesar un proces de reorganizare. Acest lucru poate presupune doar o uşoară schimbare (când experienţele negate sunt doar uşor inconsistente cu imaginea de sine) sau poate presupune o reorganizare drastică în care imaginea de sine şi sinele în relaţie cu realitatea sunt atât de alterate încât doar puţine aspecte rămân neatinse. În primul caz poate să apară trăirea unui disconfort uşor. În cazul reorganizării radicale,

clientul poate trece printr-un adevărat chin şi o confuzie totală. Această suferinţă poate fi asociată cu schimbările rapide în configuraţia personalităţii. Pe măsură ce terapia progresează, clientul experimentează astfel de fluctuaţii şi tensiuni interne. „Turbulenţa" care persistă provoacă aceeaşi disperare ca şi cea resimţită la începutul terapiei. Fluctuaţiile sunt încă violente. Un client poate experimenta de-a lungul procesului terapeutic o gamă largă de sentimente. În ansamblu, sunt experimentate sentimente de nefericire, teamă şi depresie mai frecvent în cea de a doua jumătate a terapiei decât în prima, iar fluctuaţiile violente pozitive sau negative sunt mai degrabă o regulă decât o excepţie.

- *experimentarea progresului.* Contrar a ceea ce se presupune, progresul pare să fie experimentat de către client încă de la început. Descoperirea faptului că anumite aspecte pe care el le-a discutat, anumite experienţe negate pe care le-a acceptat nu îi mai provoacă durere sau anxietate, îl încurajează pe client să continue. Conştientizarea faptului că un segment din structura personalităţii a fost reconstruit şi că din acesta rezultă noi tipare de comportament – acest lucru întăreşte încrederea clientului în propria capacitate de a progresa în explorarea propriei persoane.

Chiar şi în cazul în care simte un regres, experienţa progresului însoţeşte persoana şi o „ancorează". Acest lucru pare să fie caracteristic majorităţii clienţilor. Deseori, aproape de sfârşitul terapiei, apar dispoziţii sumbre şi sentimente de disperare profunde. Dacă privim cu atenţie, putem spune că pentru a face faţă unor atitudini ameninţătoare negate conştient, clientul are nevoie de multă încredere în sine, încredere dată de recunoaşterea unei succesiuni de reuşite şi de faptul că a asimilat o experienţă după alta.

Totodată, este adevărat că aceste informaţii interzise conştiinţei provoacă sentimente puternice când sunt conştientizate, în timpul şedinţei terapeutice, şi toată încrederea în sine de mai înainte nu poate împiedica clientul să cadă în disperare când descoperă că multe aspecte de bază, din organizarea personală, sunt false şi trebuiesc reclădite. Cu toate acestea, „ultima picătură" în sentimentul de disperare, o reprezintă o serie de experienţe ale progresului în reorganizarea internă; şi oricât de neagră şi de tragică poate părea această descoperire actuală, cadrul pozitiv în care are loc este şi el parte a experienţei totale a clientului.

- *finalizarea terapiei.* La fel ca şi în alte etape ale terapiei, întâlnim aici atât aspecte comune cât şi aspecte unice referitoare la sentimentele trăite de client faţă de această fază terminală a procesului terapeutic. Frecvent, odată ajuns la finalul terapiei, clientul simte teamă, un sentiment de pierdere şi un refuz temporar de a face singur faţă vieţii, fără suportul acordat de şedinţele terapeutice. El poate solicita încă o întâlnire. Important este ca, clientul să înţeleagă că acest proces de reorganizare este unul continuu, că posedă resursele necesare realizării lui.

IX.4.2. Transformări sau modificări caracteristice care au loc în procesul terapeutic

- *în materialul prezentat.* Ne referim aici la modificări care au loc în conţinutul verbal prezentat de client, în atitudinile exprimate, în orientarea spre trecut sau spre prezent. În ceea ce priveşte conţinutul verbal prezentat, s-a observat că la începutul terapiei clientul tinde să vorbească mai mult despre problemele şi simptomele sale, urmând ca pe parcursul derulării procesului terapeutic, acesta să demonstreze o oarecare înţelegere a relaţiei dintre comportamentele trecute şi cele prezente. Snyder şi Seeman (*apud* Rogers, 2002), au susţinut aceste observaţii în studiile efectuate pe un lot de câteva mii de clienţi, obţinând rezultate semnificative care vin să întărească observaţiile făcute de Rogers.

Un alt aspect studiat se referă la tipul de atitudini exprimate de client. Astfel, dacă în primele etape ale terapiei, clientul pare să exprime în general sentimente negative, pe parcurs apare o modificare a acestora, indiferent de orientarea acestor atitudini (faţă de sine, de alţii sau de mediu). Şi în acest caz Snyder şi Seeman au venit cu dovezi obiective, studiile lor demonstrând că dacă se iau în considerare doar sentimentele prezente ale clientului – cele exprimate la timpul prezent – tendinţa de modificare din negativ în pozitiv, pe parcursul procesului terapeutic este şi mai evidentă.

Alte modificări în materialul verbal exprimat de client, dar care nu au fost supuse unor testări obiective, se referă la trecerea de la simptom la sine, de la mediul înconjurător la sine şi de la alţii spre sine. Toate acestea se datorează în parte, faptului că terapeutul se concentrează pe sentimentele, percepţiile şi evaluările clientului – cu alte cuvinte pe clientul însuşi. Pe de altă parte aceste modificări s-ar datora şi faptului că persoana simte că elementele ce ţin de sine sunt aspecte ale problemei ce pot fi controlate cel mai bine. De asemenea, clientul simte că odată ce se poate înţelege pe sine, scopurile şi obiectivele sale, el va putea face faţă cu succes şi aspectelor externe ale problemei sale.

Totodată, apare o tendinţă, în relatarea clientului şi anume de trecere de la un material care a fost mereu disponibil în conştiinţă la un material care, înainte de începerea terapiei, nu a fost conştientizat. Astfel, terapia ia sfârşit, clientul fiind capabil să facă faţă unor aspecte ce ţin de propria persoană – atitudini, emoţii, valori, scopuri – aşa cum există ele în prezent. Clientul a învăţat că nu este nici un pericol în a renunţa la aspectele mai puţin grave ce ţin de simptome, de alte persoane, de mediu şi de trecutul său şi a se concentra pe descoperirea de sine „aici şi acum".

- *în percepţia şi atitudinea faţă de sine.* Conform experienţei clinice şi a dovezilor experimentale conceptul de sine poate fi definit ca fiind o configuraţie organizată de percepţii despre sine care sunt conştientizate de către individ.

În majoritatea cazurilor (care s-au încheiat cu „succes"), următoarele afirmaţii au fost susţinute de dovezi experimentale:

1. apare o tendinţă de creştere a numărului şi proporţiei de atitudini pozitive faţă de sine, pe măsură ce procesul terapeutic înaintează, şi o descreştere a numărului şi proporţiei de atitudini negative.
2. există o tendinţă de creştere a atitudinilor ambivalente faţă de sine până la un anumit punct situat undeva la mijlocul terapiei, după care acestea scad uşor. Ele nu reprezintă o expresie frecventă în nici un moment al procesului terapeutic.
3. la finalul terapiei se înregistrează mai multe expresii pozitive faţă de sine decât negative.
4. aceste tendinţe nu apar sau sunt mai rare în cazurile care nu au înregistrat succes.
5. în fazele iniţiale ale procesului terapeutic, atitudinile faţă de sine tind să fie negative, subiective şi încărcate emoţional; spre finalul terapiei acestea tind să fie obiective şi neutre din punct de vedere emoţional sau obiective şi pozitive.

În termeni clinici şi mai personalizaţi, clientul se percepe ca o persoană adecvată, cu valoare şi posibilităţi de a face faţă vieţii. El permite conştientizarea mai multor informaţii şi astfel, obţine o evaluare de sine, a relaţiilor şi a mediului său, mult mai realistă. Clientul tinde să pună bazele standardelor sale în sine însuşi, recunoscând că „binele" şi „răul" oricărei experienţe sau obiect perceput nu este inerent acestuia ci este o valoare acordata de el însuşi. Viaţa sa interioara devine mai confortabilă şi mai puţin tensionată.

- *în modul de a percepe.* În acest sens asistăm la o creştere a diferenţierii în câmpul perceptiv, adică în felul în care clientul îşi percepe experienţele, sentimentele, se percepe pe sine, pe alţii şi mediul său înconjurător. Acest fenomen nu se întâmplă pur şi simplu; el este facilitat de condiţiile speciale oferite de relaţia terapeutică – de libertatea completă de a explora fiecare parte a câmpului perceptiv şi lipsa totală a oricărei ameninţări faţă de sine, a cărei asigurare reprezintă o prioritate pentru terapeut.

Diferenţierea poate fi abordată şi în relaţie cu simbolizarea. Astfel, deoarece mare parte a experienţei unei persoane este exprimată în simboluri ataşate acesteia, care îi permit să manipuleze elementele experimentate, să se proiecteze în situaţii noi şi să facă predicţii asupra fenomenelor înconjurătoare, una dintre modificările ce apar în cursul terapiei vizează înlocuirea simbolurilor generalizate şi/sau eronate cu simboluri mai adecvate şi diferenţiate. De exemplu, o mamă care trăieşte sentimente negative faţă de copilul său le exprimă astfel: „Sunt foarte supărată pe el deoarece este rău". Însă, dacă este eliberată de orice ameninţare şi îşi analizează experienţele atitudinale şi viscerale, ea poate să le ataşeze simboluri mult mai diferenţiate: „Mă irită deoarece nu l-am dorit" sau „Sunt supărată pe el deoarece mi-a întrerupt cariera" etc. Pe măsură ce simbolurile folosite sunt mai apropiate de experienţa efectivă, concluziile trase de pe urma manipulării lor devin mai realiste.

În acest context diferenţierea se referă la separarea şi unificarea oricărui element perceptiv semnificativ, care până în acel moment nu a fost niciodată recunoscut.

Diferenţierea poate fi descrisă şi în termenii rezolvării de probleme. În terapie întâlnim explorarea de ipoteze şi schimbarea între figură şi fond, adică ceea ce până atunci făcea parte din fundalul câmpului perceptiv iese în prim plan şi este conştientizat de subiect. Această modificare în relaţia figură-fond poate fi descrisă ca şi mobilitatea versus fixitatea obiectului perceput. În rezolvarea de probleme persoana acceptă un anumit element al situaţiei ca fiind ceva fix. Abia atunci când îl va percepe ca pe ceva care nu este fix, ea va putea trăi experienţa descoperirii şi se va găsi mult mai aproape de soluţionarea problemei.

- *conştientizarea experienţelor negate.* Una dintre modificările caracteristice terapiei se referă la aducerea în câmpul conştiinţei a acelor experienţe de care clientul nu a fost conştient până la momentul respectiv. Ceea ce se întâmplă atunci când clientul are de-a face cu informaţii „reprimate" poate fi descris în termenii unei diferenţieri mai accentuate a percepţiei, a unei simbolizări adecvate - procese despre care am discutat anterior. Conştientizarea simbolică adecvată a experienţei este un proces recunoscut de mai multe orientări psihoterapeutice ca fiind un element de bază, important în terapie.

Ceea ce se urmăreşte în procesul terapeutic este tocmai această aducere în câmpul conştiinţei a acelor experienţe şi sentimente care sunt în opoziţie cu structura sau conceptul de sine al clientului - această conştientizare se realizează prin procese de diferenţiere şi simbolizare adecvate care devin posibile de îndată ce încep modificările în structura sinelui.

Clientul va descoperi inconsistenţele, discrepanţele (de exemplu: „Vreau să-mi salvez căsnicia dar în acelaşi timp mă comport ca şi cum aş vrea să o distrug") şi va trebui să acţioneze în sensul corectării lor. Va fi motivat în căutarea cauzelor acestor discrepanţe, fie că acestea s-ar datora unei descrieri incorecte a propriilor sentimente (cel mai adesea) fie a propriului comportament.

- *în procesul de acordare a valorilor.* Modul în care percepem lucrurile ca fiind „bune" sau „rele", „corecte" sau „greşite" are de a face cu sistemul propriu de valori şi cu schimbările ce au loc în acesta. Se pare că în faza iniţială a procesului terapeutic persoana trăieşte în mare parte, ghidată după valori impuse de semenii din mediul său cultural. Să luăm drept exemplu următoarea afirmaţie, în paranteză fiind precizată sursa acelei valori:

„Ar trebui să fiu totdeauna o mamă iubitoare" (deoarece orice altă atitudine nu este acceptată în grupul social din care fac parte).

Pe măsură ce terapia înaintează clientul realizează că încearcă să trăiască după cum gândesc alţii, că nu este el însuşi şi este din ce în ce mai puţin satisfăcut de această situaţie. Se instalează treptat o perioadă de confuzie, de nesiguranţă în ceea ce priveşte valorile pe baza cărora poate judeca ceea ce este bine şi ce este rău. În timp, această confuzie este înlocuită

cu realizarea faptului că dovada pe care îşi poate baza judecata stă tocmai în propria experienţă şi în propriile simţuri. Satisfacţiile de scurtă şi de lungă durată pot fi recunoscute nu pe baza a ceea ce spun alţii ci pe examinarea propriei experienţe. Sistemul de valori nu este „ceva" impus neapărat din afară ci este „ceva" experimentat. Individul descoperă că posedă capacitatea de a cântări experienţele şi de a decide pe baza acestora, pentru a le alege pe acelea care îi sunt favorabile şi care duc la realizarea de sine.

O altă modalitate de conceptualizare a acestui proces derivă din noţiunea de *locus al evaluării.* Astfel, în fazele iniţiale ale terapiei există tendinţa ca acest locus al evaluării să fie exterior clientului. Este o funcţie a părinţilor, a culturii, a prietenilor etc. În terapia centrată pe client, comportamentul terapeutului plasează în mod constant acest locus al evaluării la client. Acest lucru este evident în modul în care îşi formulează răspunsurile: „Eşti supărat pe...", „Simţi că...", „Tu crezi că...". Prin aceste răspunsuri el arată că evaluarea făcută de client situaţiei este cea acceptată. Încetul cu încetul, clientul descoperă că este nu doar posibil dar şi satisfăcător şi sănătos să accepte ca acest locus al evaluării să rezide în el însuşi. Astfel, valorile nu mai sunt considerate fixe şi înspăimântătoare; ele pot fi modificate doar dacă experienţe noi aduc dovezi noi. Afirmaţia iniţială se transformă în lumina noii experienţe câştigate de client:

„Ar trebui să fiu o mamă iubitoare atunci când simt acest lucru dar nu trebuie să mă tem de alte atitudini atunci când acestea apar".

În concluzie, conceptul de locus al evaluării este strâns legat de criteriile progresului terapeutic stabilite anterior, şi anume atitudinile faţă de sine, înţelegerea de sine şi insight-ul, gradul de maturitate al comportamentelor şi defensivitatea. Individul trece de la o stare în care judecăţile şi expectanţele altora îi guvernează modul de a gândi, simţi şi a se comporta, la o stare în care el se va baza pe propriile experienţe atunci când îşi va stabili valorile şi standardele.

- în *dezvoltarea relaţiilor.* Numeroşi terapeuţi, de orientări diferite, consideră că procesul terapeutic este descris cel mai bine în termenii schimbării relaţiei emoţionale dintre client şi terapeut. Ei cred că mare parte din modificările verbale, atitudinale şi perceptuale sunt simple produse secundare ale unei experienţe emoţionale de bază în relaţia dintre două fiinţe umane. Această experienţă emoţională este cel mai bine evidenţiată în terapia prin joc, când copilul nu-şi verbalizează insight-ul, exprimarea atitudinilor faţă de sine este săracă, nu apare exprimarea experienţelor negate ci doar o experimentare vitală, „proaspătă" a sinelui. Este normal ca în aceste condiţii să acordăm o atenţie sporită tipului de relaţie în care apar aceste modificări şi care este esenţială pentru o psihoterapie de succes.

Dar cum am putea formula procesul terapeutic în termenii unei relaţii? O ipoteză este aceea că pacientul / clientul trece de la experimentarea de sine ca persoană nedemnă, neacceptabilă şi care nu poate fi iubită, la realizarea faptului că este acceptat, respectat şi iubit, în relaţia limitată cu terapeutul.

Cuvântul „iubit" are aici, probabil cel mai profund şi general sens – acela de a fi pe deplin înţeles şi acceptat.

O altă ipoteză clinică se referă la faptul că pe măsură ce clientul experimentează atitudinea de acceptare pe care o manifestă terapeutul faţă de el, el devine capabil să preia şi să experimenteze aceeaşi atitudine faţă de sine însuşi. Astfel, el începe să se accepte, să se respecte, să se placă şi să se iubească pe sine însuşi şi este capabil să experimenteze aceste atitudini şi faţă de alţii.

Prin urmare, procesul terapeutic este sinonim cu experimentarea relaţiei client-terapeut, adică experimentarea sinelui într-o varietate de moduri într-o relaţie emoţională semnificativă cu terapeutul, relaţie care are o mai mare importanţă decât cuvintele, fie ele ale clientului fie ale terapeutului.

- *în structura şi organizarea personalităţii.* Oare schimbările ce apar în terapia centrată pe client sunt doar de suprafaţă sau afectează şi ceea ce numim „structura" personalităţii? În încercarea de a da un răspuns acestei întrebări s-au realizat mai multe studii folosind diferite teste printre care: Rorschach, Bernreuter Adjustment Inventory, M.M.P.I., Hildreth Feeling-Attitude Scale, Kent-Rosanoff Word Association Test, Bell Adjustment Inventory, Testul Tematic de Apercepţie.

În general, rezultatele testelor aplicate pre- şi post terapeutic, au indicat modificări în direcţia unei adaptări mai bune. Nu prezentăm aici detaliile acestor studii, ele pot fi analizate în lucrările unor autori precum Carr şi Cowen (*apud* Rogers, 2002). Când se realizează un studiu pe un grup de subiecţi aleşi aleator, care au beneficiat de terapie centrată pe client, unul dintre rezultatele obţinute arată o schimbare semnificativă în configuraţia de bază a personalităţii.

Această schimbare indică:

- o mai bună integrare şi unificare a personalităţii;
- o tendinţă mai scăzută spre nevrotism;
- un grad mai mare de acceptare de sine şi a aspectului emoţional ca parte din sine;
- o creştere a obiectivităţii în raport cu realitatea;
- mecanisme de coping mai eficiente pentru situaţiile stresante;
- atitudini şi sentimente mai constructive;
- o funcţionare intelectuală mai eficientă.

Totuşi trebuie să menţionăm două aspecte legate de rezultatele pozitive prezentate mai sus, cărora trebuie să le acordăm atenţie. Testele de personalitate care au fost utilizate pentru a măsura aceste modificări au o validitate pusă sub semnul întrebării. Într-adevăr, putem spune că modificările apărute în procesul terapeutic indică o oarecare validitate a testelor folosite, la fel cum putem spune că schimbările terapeutice sunt demonstrate de rezultatele testelor. Trebuie să recunoaştem că avem de-a face cu două proceduri relativ invalidate. Este totuşi, îmbucurător faptul că rezultatele obţinute sunt în acord cu ipotezele şi logica clinică.

Al doilea aspect se referă la amploarea modificărilor. Dacă modificările descrise au o amploare suficient de mare pentru a fi statistic semnificative chiar şi atunci când sunt aplicate unui grup randomizat de cazuri care au înregistrat atât succes cât şi eşec terapeutic, şi dacă gradul acestor modificări este şi mai evident în cazurile considerate a fi succese remarcabile, totuşi, raportat la configuraţia totală a personalităţii amploarea acestor modificări este mică. Oamenii, în mod obişnuit, nu se schimbă radical în urma terapiei centrate pe client. Ei au aceleaşi personalităţi şi totodată sunt semnificativ diferiţi faţă de cum erau înainte de a beneficia de terapie. Schimbarea este modestă dar importantă.

- *în comportament.* Ceea ce doreşte să afle un potenţial client, legat de terapie, este dacă aceasta va îmbunătăţi felul în care se va comporta, dacă, după terapie, va mai avea probleme conjugale, dacă va obţine rezultate mai bune la şcoală, dacă se va descurca mai bine la locul de muncă. Toate sunt întrebări perfect normale. Dacă există dovezi clinice clare conform cărora comportamentul se modifică frecvent în timpul sau după terapie, este însă, greu de demonstrat că aceste modificări au rezultat în urma terapiei sau de arătat că acestea reprezintă un progres pozitiv. Pentru un client progresul poate însemna o nouă acceptare a diferenţei faţă de soţia sa, în timp ce pentru altul ar însemna mai puţine conflicte cu aceasta. Pentru un client, progres poate însemna să obţină nota zece la examenele unde înainte lua cinci, în schimb altul s-ar mulţumi cu un nouă sau opt. O persoană poate demonstra că a profitat de pe urma terapiei printr-o adaptare adecvată la locul de muncă, alta prin curajul de a şi-l schimba.

Din punct de vedere clinic toate aceste comportamente sunt un indiciu clar al unei adaptări îmbunătăţite, dar nu există îndoială că astfel de judecăţi sunt subiective şi deci pot fi puse sub semnul întrebării.

Mai mulţi specialişti s-au arătat interesaţi de modificările comportamentale apărute în timpul şi după încheierea procesului terapeutic. Astfel, Snyder, Storm şi Seeman (*apud* Mearns şi Thorns, 1998), pe baza observaţiilor făcute în timpul derulării procesului terapeutic au ajuns la concluzia că în ultima fază a acestuia, clientul este din ce în ce mai preocupat de discutarea unor planuri şi a unor paşi comportamentali de realizat, precum şi a rezultatelor la care aceştia ar putea duce. Bineînţeles, această concluzie exprimă doar punctul de vedere al clientului deoarece observaţiile au fost făcute pe baza înregistrării interviurilor. De asemenea, examinarea referinţelor comportamentului actual indică o trecere de la comportamente relativ imature la comportamente relativ mature în timpul terapiei. Succesul terapiei se manifestă şi prin scăderea tensiunii psihologice evidenţiată prin manifestările verbale ale clientului. Şi nu în ultimul rând, când vorbim despre o terapie centrată pe client, finalizată cu succes, ar trebui să se manifeste o diminuare a comportamentelor defensive curente şi o mai mare conştientizare a comportamentelor defensive prezente.

Hogan a adus o contribuţie teoretică semnificativă la definirea defensivităţii, care a asigurat mai apoi, suportul operaţional pentru definiţiile câtorva tipuri de comportamente defensive utilizate de G. Haigh într-unul din studiile sale. Concluzia la care a ajuns acesta din urmă a fost aceea că aceste comportamente defensive (distorsiunea realităţii şi comportamentele care sunt în acord cu aceasta) descresc în timpul terapiei. Ele nu se manifestă atât de frecvent, nu sunt raportate atât de des iar clientul este mult mai conştient de ele ca fiind defensive atunci când vorbeşte despre ele sau când le manifestă.

La finalul terapiei clientul prezintă o creştere a toleranţei la frustrare măsurată obiectiv. Thetford (1948) a utilizat un grup experimental şi unul de control precum şi indici de „recuperare" şi „reacţie - recuperare", ambii bazaţi pe răspunsul galvanic al pielii, indicând rapiditatea cu care individul îşi recuperează starea de echilibru psihologic după experimentarea unei situaţii frustrante. Diferenţele faţă de grupul de control au fost semnificative. De asemenea, un indice al pulsului cardiac a discriminat semnificativ cele două grupuri. Alte măsurători psihologice utilizate au indicat diferenţe statistic semnificative în aceeaşi direcţie.

În general, grupul care a beneficiat de terapie a dezvoltat un prag mai mare al frustrării şi o recuperare mai rapidă a echilibrului homeostatic după o situaţie frustrantă, comparativ cu grupul de control care nu a beneficiat de terapie. Prin urmare, după terapie individul este capabil să facă faţă situaţiilor de stres emoţional şi de frustrare cu mai multă toleranţă; această caracteristică este valabilă chiar dacă frustrarea sau stresul nu au fost incluse în terapie. Mai mult, această capacitate de a rezolva o situaţie frustrantă nu este un fenomen de suprafaţă deoarece ea este evidentă în reacţiile autonome pe care individul nu le poate controla conştient şi a căror prezenţă nu o realizează.

IX.5. APLICABILITATE TERAPIEI

Cei interesaţi de domeniul psihoterapiei se pot întreba care sunt situaţiile în care terapia centrată pe client este aplicabilă. O atmosferă de acceptare şi respect, de înţelegere profundă reprezintă un climat favorabil pentru dezvoltarea personală şi de aceea se poate aplica de la vârste mici (copii începând cu vârsta de doi ani) până la vârste mai înaintate, în cazurile de neadaptare uşoară până la tulburări grave precum psihozele, la indivizi „normali" dar şi cu nevroze severe. Nu înseamnă că această abordare terapeutică va *vindeca* orice boală psihică şi de fapt conceptul de *vindecare* este străin acestei abordări. Pentru anumiţi indivizi poate fi necesară spitalizarea, tratamentul medicamentos sau alte intervenţii medicale acolo unde există probleme psihosomatice. Totuşi un climat psihologic pe care individul îl poate folosi pentru a ajunge la o mai bună înţelegere de sine, pentru a se reorganiza în direcţia unei mai bune integrări, pentru a dezvolta modalităţi comportamentale mai mature – acesta nu este o oportunitate mai bună pentru anumite grupuri decât pentru altele.

Chiar şi în cazurile în care clientul simte că terapia nu a avut succes, el nu atribuie sentimentele care le are faţă de problemele sale, acestui insucces. Acest lucru se întâmplă datorită lipsei oricărei presiuni în relaţia terapeutică, adică doar acele elemente care nu sunt prea ameninţătoare pentru a le face faţă sau a le tolera, doar acestea vor fi readuse în conştient. Clientul va evita subiectele care i-ar provoca prea multă suferinţă.

Am putea spune că această abordare este aplicabilă tuturor indivizilor chiar dacă ar putea să nu rezolve toate problemele sau să ofere tot ajutorul de care are nevoie un individ.

Principiile terapiei centrate pe client îşi găsesc aplicabilitate şi în domeniul educaţiei. Printre cei care au fost oarecum pionieri în descoperirea aplicabilităţii acestor principii în educaţia modernă au fost Cantor, Kelley, Snygg şi Combs (*apud* Rogers, 2002). Astfel, o educaţie democratică, modernă ar avea ca obiectiv crearea unui climat de acceptare în clasă; dezvoltarea de scopuri individuale şi de grup; ar face trecerea de la abordarea clasică în care „nu poţi avea încredere în elev" la abordarea „pot să am încredere în elev", în dorinţa lui de a învăţa pentru dezvoltarea şi stimularea de sine, în evaluarea de sine prin modalităţi ce conduc la progres, şi în general va avea încredere în dorinţa lui de dezvoltare, atunci când îi este asigurată atmosfera şi mediul optim pentru a o face.

Dacă profesorul adoptă o astfel de abordare atunci este foarte probabil să se manifeste anumite comportamente. El va crea un climat în clasă care va respecta integritatea elevului, care va accepta obiectivele, opiniile şi atitudinile ca fiind expresii legitime ale cadrului intern de referinţă al elevului la acel moment. El va accepta trăirile şi atitudinile emoţionale care însoţesc orice experienţă educaţională sau de grup; se va accepta pe sine ca membru al unui grup de învăţare mai degrabă decât ca pe o autoritate; se va baza pe capacitatea individului de a distinge între adevăr şi neadevăr pe baza experienţei continue; va recunoaşte că acel curs este doar începutul şi nu sfârşitul învăţării, se va baza pe capacitatea elevului de a-şi evalua progresul în termenii obiectivelor propuse pentru acel moment. Un astfel de profesor are încredere în faptul că, în această atmosferă pe care a creat-o, are loc un tip de învăţare care este semnificativ pentru individ şi care contribuie la dezvoltarea totală de sine a elevului dar care, totodată îi îmbunătăţeşte acomodarea cu un anumit domeniu al cunoaşterii.

Capitolul X

ANALIZA TRANZACȚIONALĂ

Augustina Ilisie

X.1. Teoria Analizei Tranzacționale
X.1.1. Structura personalității

X.2. Tranzacțiile psihologice
X.2.1. Jocurile psihologice
X.2.2. Scenariul de viață

X.3. Psihopatologia

X.4. Intervenția terapeutică
X.4.1. Strategiile terapeutice
X.4.2. Relația terapeutică

X.5. Limite și tendințe

X.1. TEORIA ANALIZEI TRANZACŢIONALE

Înscriindu-se în perspectiva umanistă, analiza tranzacţională, ca o nouă teorie explicativă a personalităţii umane, a fost fondată între anii 1950 şi 1970 în S.U.A. de către Eric Berne, de formaţie medic psihiatru. El a urmărit să propună o teorie la îndemâna tuturor, care să permită înţelegerea şi schimbarea relaţiilor şi a formelor de comunicare pe care fiecare le are cu ceilalţi şi cu sine însuşi. În scurt timp, această teorie a devenit foarte răspândită, ca urmare s-au format o serie de institute, pornind din SUA şi apoi răspândindu-se treptat şi în Europa.

Această perspectivă psihoterapeutică inovativă oferă o cheie de citire şi înţelegere atât a propriei persoane, cât şi a celor din jur; a reacţiilor care la prima vedere par iraţionale, dar şi a intuirii comportamentelor şi emoţiilor adecvate în diverse contexte, de la mediul familial, al situaţiilor cotidiene, până la mediul profesional şi de afaceri.

Analiza tranzacţională prezintă şi o serie de strategii concrete, care pot fi aplicate în vederea diminuării dificultăţilor de interrelaţionare şi optimizării personale.

Abordarea conceptuală – surprinzătoare şi originală – este în esenţă eclectică, deoarece cuprinde influenţe rogersiene, psihanalitice, existenţialiste, adleriene şi nu în ultimul rând, cognitiv – comportamentale. Formulat într-un limbaj accesibil, vocabularul său poate fi însuşit de cine doreşte să se înţeleagă mai bine pe sine, să comunice şi să se relaţioneze mai eficient cu persoanele cu care interacţionează. Analiza tranzacţională se realizează prin parcurgerea a patru etape:

1. analiza structurală a personalităţii;
2. analiza tranzacţiilor, a relaţiilor de comunicare interpersonală;
3. analiza jocurilor psihologice, a modurilor disfuncţionale de relaţionare şi
4. analiza scenariilor de viaţă, a proiectelor personale inconştiente.

X.1.1. Structura personalităţii

Concepţia de stări ale eu-lui – propusă de Berne – este de origine psihanalitică, însă ele nu trebuie confundate cu structurile psihice descrise de Freud (Id, Ego şi Superego), care sunt ipotetice, întrucât structurile descrise de analiza tranzacţională sunt direct observabile. Cele trei părţi ale personalităţii au denumiri familiare, tocmai pentru a facilita înţelegerea mesajului transmis de către acestea şi anume: Copilul, Adultul şi Părintele.

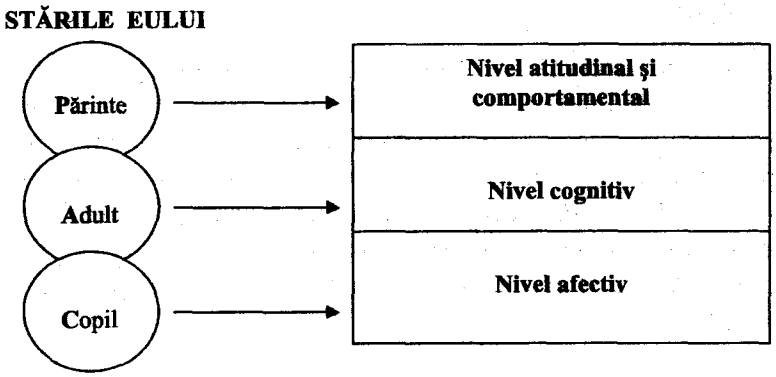


Fig. X.1. Diagrama personalităţii

Copilul (C) – se referă la acea parte a fiinţei noastre care este izvorul impulsivităţii, al dorinţelor, al trebuinţelor, al afectelor, dar şi al intuiţiei şi creativităţii. Această stare a Eu-lui conţine comportamente, exprimări emoţionale şi verbalizări provenite din experienţa primilor ani de viaţă (aproximativ până la vârsta de 5 ani) când lumea din jur era evaluată după criteriul plăcut / neplăcut.

O persoană aflată în starea de C, caută să exprime ceea „ce simte" („mi-e foame", „mi-e frică", „vreau acum" etc.), bazându-se mai mult pe instinct şi pe intuiţie, propriile dorinţe fiind lege pentru sine şi implicit, pentru cei din jur, fără a ţine cont de normele morale ori de constrângerile raţionale.

Starea de C funcţionează cu un mare consum de energie focalizată către îndeplinirea dorinţelor, joc şi fantezie. Sincer şi direct, optimist şi non-conformist, un individ la care predomină această instanţă poate fi în acelaşi timp şi capricios, nerăbdător, încăpăţânat, egoist şi posesiv. Berne a aprofundat acest nivel al personalităţii la care a diferenţiat următoarele componente:

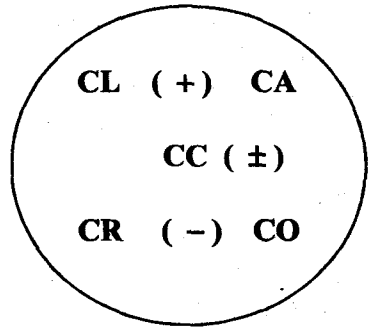


Fig. X.2. Diagrama Stării de Copil

Copilul Liber (CL) - pozitiv

Este o stare specifică unei persoane care se manifestă spontan, intuitiv, natural, indiferent de limitările exterioare, care îşi exprimă cu dezinvoltură şi creativitate emoţiile, folosind un limbaj colorat, bogat în exclamaţii şi ilustrat de gesturi şi mimică relevante. Plin de energie, fără inhibiţii, dar şi foarte sensibil, îşi exteriorizează trăirile, îşi descarcă tensiunea acumulată; uneori însă are o atitudine nesupusă rigorilor disciplinei, exagerată, egoistă, care-l împiedică să vadă realist situaţia şi care poate afecta în mod negativ deciziile luate în această stare.

Copilul Adaptat (CA) – pozitiv

Individul aflat în această stare îşi reactualizează acele tipare comportamentale şi emoţionale prin care, în copilărie, a reuşit să se apropie şi să fie acceptat de cei mari şi puternici. Adesea, această aprobare este obţinută în urma unor dovezi de ascultare, de loialitate, de susţinere a celorlalţi, fără a încerca să-şi impună punctul propriu de vedere; CA apare ca o persoană adaptabilă, conformistă, plină de respect şi complezenţă faţă de autoritate, amabilă şi modestă, atitudine ce îi permite să obţină avantaje şi beneficii, dar care transmite nesiguranţă şi slăbiciune, cu atât mai mult cu cât această atitudine poate fi una falsă, artificială, disimulată.

Copilul Rebel (CR) – negativ

Opusă stării de ascultare şi adaptare la prescripţiile şi limitările parentale, starea de Copil Rebel reuneşte o gamă variată de răspunsuri comportamentale şi emoţionale sub semnul provocării şi al revoltei. O persoană care are activată această stare generează conflicte, se opune cu încăpăţânare celorlalţi, afişează aroganţă şi dispreţ faţă de norme şi autoritate, manifestă agresivitate verbală, sau chiar fizică. În anumite situaţii, această stare funcţionează uneori ca un mecanism de apărare. Activarea Copilului Rebel presupune o descărcare energetică însemnată, fără a ţine seama de consecinţele conflictului. Repetarea în timp a tiparului revoltei duce la formarea unei atitudini dizarmonice faţă de semeni, cu efecte negative în plan personal şi social.

Copilul Obedient (CO) – negativ

Excesul de ascultare nu facilitează adaptarea unui individ la relaţiile sociale, ci dimpotrivă, îl transformă într-o persoană obedientă, conformistă, anxioasă, lipsită de iniţiativă şi voinţă. Prin această stare o persoană reia acele comportamente care în timpul copilăriei i-au permis să suporte pedepsele parentale, venite din partea adulţilor cu putere şi autoritate. Cel mai adesea CO degajă nesiguranţă, inferioritate şi va juca un rol de victimă în relaţiile sociale. Activarea frecventă a acestei stări se

realizează cu un consum energetic redus şi duce la formarea unei personalităţi de tip dependent, pasiv.

Copilul Creativ sau „Micul Profesor" – pozitiv şi negativ

Copilul Creativ (CC) reuneşte trăsături ale Copilului Liber, Adaptat şi Rebel. El găseşte satisfacţie în explorarea mediului şi caută să utilizeze în mod original toate resursele de care dispune pentru a experimenta noi situaţii. Dacă urmăreşte un obiectiv, el nu ezită să-i influenţeze pe cei din jur, să-i convingă de adevărul intuiţiei sale. Plin de imaginaţie, învaţă repede, îşi consumă energia formulând ipoteze, lansând soluţii, analizând diferite mecanisme şi demersuri rezolutive la problemele întâlnite, având explicaţii pentru orice.

Adultul (A) – reprezintă starea Eu-lui prin care se realizează menţinerea echilibrului dintre impulsivitatea Copilului şi normele cuprinse în starea de Părinte. O persoană aflată în starea de Adult se raportează în mod raţional, lucid la realitatea obiectivă, detaşându-se emoţional de aceasta. Deciziile pe care le ia sunt o consecinţă a informării, a reflecţiei logice, a analizei obiective şi a stabilirii relaţiilor cauzale. Strategiile prin care Adultul urmăreşte atingerea obiectivelor prestabilite sunt derivate în primul rând din experienţa sa anterioară şi din informaţiile realiste asupra situaţiei, care vizează aspectele sale concrete.

Această parte a personalităţii are capacitatea de a media între dorinţele impulsive ale Copilului şi prejudecăţile rigide ale Părintelui, pe care le face mai flexibile şi pe care le evaluează în funcţie de importanţa lor adaptativă în momentul respectiv.

O persoană care funcţionează în starea de Adult este riguroasă în tot ceea ce face, ordonată şi calculată, manifestă spirit practic, poate să se impună în grup prin puterea exemplului personal, îşi asumă responsabilităţi şi îşi argumentează logic poziţia. Sigur de sine, de capacităţile sale, abordează noi situaţii cu o atitudine deschisă, matură, profesionistă, care îi asigură eficienţa şi reuşita în atingerea scopurilor propuse.

Părintele (P) – Încă din perioada copilăriei, fiecare a reţinut şi şi-a însuşit o serie de norme, opinii, judecăţi despre oameni şi lucruri, preluate în primul rând de la părinţi, de la persoanele–model, cu care ne-am identificat într-o anumită perioadă şi care au avut o influenţă dominantă în evoluţia noastră personală. Părintele cuprinde acea parte a personalităţii alcătuită din valori, atitudini, stereotipuri, dar şi expresii verbale, mimică, gesturi şi tipare comportamentale preluate prin modelarea parentală. Figura parentală poate fi nu doar a unei persoane (mama, tata, o rudă, un prieten, vedeta preferată, şeful, „maestrul" ş.a.m.d.) ci şi a unui grup, a unei colectivităţi (comunitatea etnică, religioasă sportivă etc.).

Înregistrarea de norme, valori şi scheme cognitive înainte ca persoana să aibă posibilitatea concretă de a analiza corectitudinea acestora are ca avantaje: formularea de opinii categorice şi luarea rapidă a deciziilor, sau mai precis, economia de timp. Dezavantajele se traduc în menţinerea clişeelor (emoţionale, comportamentale) şi în rigiditatea abordării realităţii, care deseori este contradictorie cu această lume „preconceputǎ" artificial, şi care devine sursă de conflicte în interiorul individului. Adânc „implantate" în fiecare din noi, aceste principii şi atitudini parentale aparţin unei game variate, de la mesajele şi modelele de comportament care ne facilitează comunicarea cu ceilalţi până la atitudinile şi normele prin care încercăm să ne impunem în faţa celorlalţi.

În cadrul stării de Părinte se disting următoarele structuri:

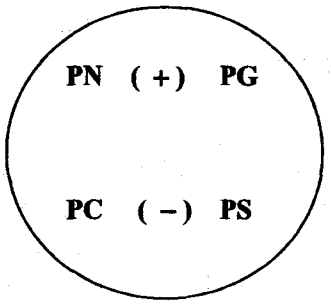


Fig. X.3. Diagrama Stării de Părinte

Părintele Normativ (PN) – pozitiv

O persoană aflată în această stare a Eu-lui se poate recunoaşte cu uşurinţă, fiind o figură centrală, de referinţă pentru cei din jur, deoarece ea decide dacă faptele sunt sau nu în conformitate cu valorile morale, cu legile sau cu normele sociale. Acest tip transmite celorlalţi siguranţă, seriozitate, profesionalism, stabilitate, responsabilitate şi respectul faţă de principii. Evaluările sale nu sunt rigide şi intolerante ci permit o orientare flexibilă faţă de criteriile normative ale grupului.

Părintele Grijuliu (PG) – pozitiv

O altă stare parentală prin care se poate manifesta o persoană este aceea a Părintelui Grijuliu, care susţine, încurajează şi protejează, respectând însă independenţa şi autonomia celuilalt. Atitudinea adoptată este binevoitoare, de sprijin, optimistă, tolerantă, constructivă şi conferă încredere în forţele proprii. Persoana la care predomină această stare este preocupată de starea de bine a celor din jur şi caută să creeze toate condiţiile pentru atingerea ei. Este o persoană alături de cei care trec prin dificultăţi, îi ajută la luarea deciziilor fără a-i influenţa, care le oferă feed-back la eforturile lor şi îi sprijină în atingerea obiectivelor.

Părintele Salvator (PS) – negativ

O atitudine excesivă de protecţie, de ajutor, prin care celălalt este „sufocat", transformă un Părinte Grijuliu într-un Părinte Salvator, gata oricând să ia apărarea şi să rezolve problemele celorlalţi. Adesea permisiv şi tolerant, se dedică celorlalţi, îşi asumă responsabilităţi ce nu-i aparţin, astfel încât să nu-i poată fi reproşat nimic şi caută mereu noi „victime" pentru care să se sacrifice, toată energia îndreptându-se către acestea.

Părintele Critic, Persecutor (PC) – negativ

O persoană aflată în această stare a Eu-lui aplică normele şi principiile într-un mod rigid, absolutist; este tradiţionalist şi conservator; îi place să comande şi să emită ordine. Pentru Părintele Critic nu contează decât părerile şi opiniile proprii, iar lucrurile sunt clare: fie bune, fie rele, fără a admite nuanţe şi excepţii. Intransigent, în permanenţă atrage atenţia asupra aspectelor care trebuie perfecţionate; prin vorbele şi gesturile sale transmite o atitudine de superioritate, atotştiutoare, dominatoare, chiar agresivă uneori. Influenţa sa este negativă, favorizând accentuarea stării de CO sau CR la persoanele apropiate.

Toate aceste stări ale Eu-lui coexistă în interiorul fiecărei persoane şi conţin gânduri şi raţionamente, emoţii şi sentimente, norme şi comportamente specifice (Berne, 1961).

Activate în diverse contexte ele vor determina reacţii şi trăiri foarte diferite chiar în cadrul aceleiaşi persoane. Spre exemplificare, Sorin, director de vânzări la o firmă importantă este dedicat muncii sale şi caută să obţină rezultate cât mai bune. Pentru aceasta, el adoptă o atitudine raţională de Adult în relaţiile de afaceri cu partenerii săi, în care negociază, urmăreşte să-şi atingă obiectivele şi să surprindă noi oportunităţi de dezvoltare, dar în acelaşi timp, faţă de subalternii şi chiar faţă de anumiţi colegi caută să se impună printr-o atitudine autoritară (dă ordine fără a se explica, emite reguli care nu admit replică), adică se poartă ca un Părinte. Seara, ajuns acasă, în prezenţa soţiei are atitudinea unui Copil care vrea să-i fie îndeplinite toate dorinţele, care datorită tensiunii acumulate peste zi îşi iese uşor din sărite, se plânge că nu este înţeles, că nu are nevoie decât de acceptare şi afecţiune.

Activarea selectivă a stărilor Eu-lui se realizează în funcţie de energia psihică disponibilă – starea de Copil şi cea de Părinte sunt cele mai accesibile, pe când starea de Adult necesită o concentrare însemnată a resurselor. Unei persoane aflate în stare de oboseală, de disconfort fizic, de tensiune, de agitaţie îi sunt mai la îndemână judecăţile şi reacţiile comportamentale „prefabricate" de Părinte sau strategiile emoţionale specifice Copilului, decât comportamentul raţional, obiectiv al Adultului. Armonia celor trei stări (condiţie pentru starea de bine şi

pentru o adaptare funcţională) se realizează prin actualizarea lor adecvată situaţiei.

Mai mult, aceste structuri pot aparţine nu doar unui individ, ci pot fi extinse şi asupra unor grupuri şi organizaţii; analiza tranzacţională trece dincolo de psihologia individuală şi propune un model viabil al structurilor organizaţionale, cu aplicaţii practice în diagnoza, prognoza şi eficientizarea funcţionării organizaţiilor.

X.2. TRANZACŢIILE PSIHOLOGICE

Modul în care ne prezentăm noi înşine în cadrul unei relaţii – fie ea profesională, amicală, de cuplu sau de afaceri – nu reprezintă altceva pentru interlocutorul nostru decât o invitaţie pentru comunicare. Fiecare persoană transmite într-o relaţie o serie de semne concrete sau simbolice de recunoaştere a partenerilor săi (salut, privire, zâmbet, atingere, compliment, critică etc.).

Analiza tranzacţională propune termenul de „*stroke*" (tradus atât prin „lovitură" cât şi prin „mângâiere") ca o unitate de contact - stimul fizic, psihologic sau social - între două fiinţe umane care implică recunoaşterea prezenţei celuilalt (Lassus, 2000). Berne a sesizat nevoia de stimuli ca o caracteristică a fiinţelor vii care se manifestă iniţial ca o nevoie de contact fizic (observabilă la copii în registrul tactil) şi mai târziu, ca o nevoie de recunoaştere socială.

Conceptul de „stroke" are corelaţii cu o serie de alte concepte derivate din teoriile existente: ataşament, nevoie de apartenenţă, intimitate, suport social, dragoste cu influenţe semnificative asupra stării de sănătate fizice şi mentale (Lynch şi Ford, 1977; Ornish, 1998). Cercetările au demonstrat faptul că nu doar stimulările pozitive sunt benefice, dar chiar şi cele negative sunt eficiente în menţinerea sănătăţii, decât absenţa oricărei stimulări (stroke).

Nevoia de comunicare, de recunoaştere reciprocă, de „strokes", reprezintă o necesitate umană fundamentală (Baumeister şi Leary, 1995). În limbajul analizei tranzacţionale, unitatea comunicării interumane, sau după cum spunea E. Berne „unitatea de bază a discursului social" este desemnată prin noţiunea de tranzacţie (apud Prutianu, 2000).

În funcţie de starea Eu-lui care este activată la persoanele care se relaţionează, tranzacţiile se pot prezenta sub mai multe forme: paralele, încrucişate şi duble.

a) *tranzacţiile paralele* se realizează atunci când stimulul transmis de către o persoană primeşte de la partenerul său o replică previzibilă, iniţiată chiar de acea stare a Eu-lui căreia i-a fost destinat mesajul. Dacă auzim de exemplu următorul schimb de replici: „Ce incapabili, politicienii aceştia!", iar interlocutorul răspunde: „Da! Aţi văzut cum au rezolvat problema!" sau „Am chef să mă plimb!" şi răspunsul „Şi eu, hai să ne plimbăm!" – putem concluziona că în primul caz discuţia se desfăşura între stările de Părinte a două persoane, iar în al doilea caz, erau vizate stările de Copil. Acest tip de tranzacţii

asigură continuitate şi unitate în desfăşurarea unei conversaţii. Astfel, o primă regulă a comunicării din perspectiva analizei tranzacţionale este:

„Cât timp tranzacţiile rămân paralele, comunicarea poate continua nelimitat".

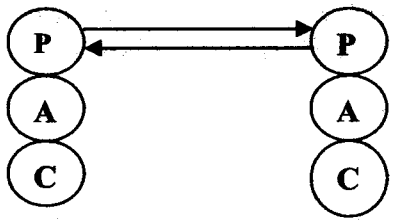


Fig. X.4. Tranzacţie paralelă (PP - PP)

b) *tranzacţia încrucişată* apare în situaţia în care partenerul de discuţie va răspunde contradictoriu şi imprevizibil, dintr-o altă stare a Eu-lui decât cea vizată.

În conversaţia dintre doi soţi, de pildă are loc următoarea secvenţă în care soţul îşi întreabă soţia: „Unde îmi sunt cheile de la maşină?", iar ea răspunde iritată: „De ce trebuie să am eu grijă de toate?" În această situaţie el se adresează din starea de Adult şi vizează aceeaşi stare la soţia lui, care însă îi răspunde din poziţia de Copil care se plânge Părintelui. Tranzacţiile încrucişate traduc fie o neînţelegere a mesajelor, fie o stare conflictuală şi întrerup cursul firesc al conversaţiei. A doua regulă a comunicării după Berne este:

„Când o tranzacţie este încrucişată, comunicarea este întreruptă".

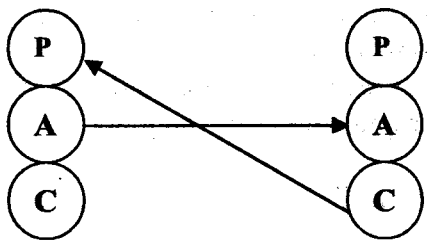


Fig. X.5. Tranzacţie încrucişată (AA – CP)

c) *tranzacţiile duble* apar atunci când o persoană transmite simultan două mesaje, unul clar, explicit, exprimat verbal la nivel social, iar celălalt, subtil, implicit, prin intonaţie, gestică sau mimică, la nivel psihologic. Utilizarea acestui tip de tranzacţii duce la activarea răspunsului vizat de mesajul ascuns şi de aceea înţelegerea comunicării în acest context se realizează doar dacă se trece dincolo de aspectul superficial şi aparent al cuvintelor. Un exemplu care ilustrează această

situaţie este discuţia dintre doi adolescenţi, în care băiatul îi spune fetei: „Vrei să-mi vezi colecţia de CD-uri ?" iar ea îi răspunde: „Cu plăcere, ador muzica!" Mesajul psihologic transmis de fapt între cei doi este următorul: „Vino să flirtăm la mine acasă!" şi „Bine, îmi convine!" Cea de a treia regulă a comunicării este:

„Comportamentul apărut în urma tranzacţiilor ascunse este determinat la nivel psihologic şi nu la cel social".

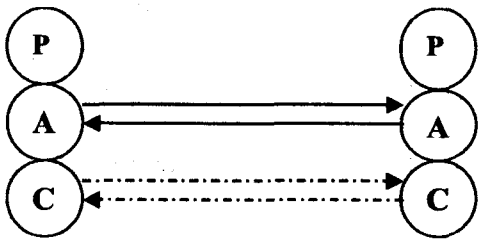


Fig. X.6. Tranzacţie dublă (AA – AA şi CC – CC)

Orice relaţie de comunicare între două sau mai multe persoane presupune succedarea mai multor tranzacţii (chiar de tipuri diferite) a căror analiză oferă informaţii pertinente despre structura şi dinamica grupului (raportul existent între parteneri, punctele de acord sau conflictuale dintre aceştia etc.).

Fiecare individ care intră în interacţiune cu alte persoane adoptă o anumită atitudine faţă de sine („Sunt puternic / slab / inteligent / urât / plăcut / mai bun ca tine!") şi faţă de cel la care se raportează („Oamenii sunt minunaţi / nu sunt buni de nimic / eşti onest / ipocrit / altruist!"). În analiza tranzacţională această gamă foarte largă şi variată de atitudini prin care ne relaţionăm este reunită în sfera conceptului de *poziţie existenţială de viaţă* (Harris, 1973). În relaţia dintre două persoane (Eu şi Tu) sunt posibile patru modalităţi de raportare, şi anume:

Tip 1: Eu sunt OK. Tu eşti OK, sau Eu + / Tu +

Berne considera că aceasta este poziţia „universală" pentru că este înnăscută şi exprimă o atitudine firească, echilibrată, specifică sănătăţii psihice, în care predomină stările de Copil Liber şi Adult. Persoana se acceptă şi are încredere în sine, dar şi în cei cu care intră în contact. Ea conturează figura învingătorului, a celui care se adaptează cu succes la diversitatea şi complexitatea circumstanţelor vieţii.

Tip 2: Eu sunt OK. Tu nu eşti OK, sau Eu + / Tu –

Acest raport dintre două persoane ilustrează o atitudine de neîncredere, de aroganţă şi superioritate din partea unuia dintre parteneri, care îl desconsideră pe celălalt. Astfel, el se poate crede îndreptăţit să fie indiferent, ironic, să blameze, să persecute ori să-i învinovăţească pe ceilalţi, pentru că el se supraapreciază şi se consideră cel mai bun. În cotidian, aceste trăsături se pot recunoaşte la persoanele justiţiare, la şefii excesiv de autoritari, la cei care îi denigrează constant pe cei din jur. Dusă la extrem, intrând în zona psihopatologiei, această atitudine poate dezvolta o tulburare paranoică.

Tip 3: Eu nu sunt OK. Tu eşti OK, sau Eu –/ Tu +

Situaţia este specifică pentru persoanele lipsite de încredere în sine, cu o capacitate redusă de control asupra propriei vieţi. În timp, aceasta duce la neajutorare, pierderea speranţei şi a valorii personale, adoptarea unei atitudini de victimă. Această poziţie constituie profilul tipic al inadaptatului, al învinsului. Când situaţiile de viaţă accentuează aceste trăsături există riscul apariţiei anxietăţii, a depresiei şi chiar a tentativelor de suicid.

Tip 4 Eu nu sunt OK. Tu nu eşti OK, sau Eu –/ Tu –

Este cazul persoanelor care şi-au pierdut interesul pentru viaţă, pentru că aceasta nu mai are nici un rost, a devenit zadarnică, absurdă şi lipsită de orice semnificaţie. Persoana manifestă indiferenţă şi resemnare; sub aspect clinic, această poziţie de viaţă poate dobândi o coloratură psihotică.

Poziţiile existenţiale sunt formate încă din copilăria timpurie iar rolul este crucial pentru determinarea personalităţii, în jocurile şi în scenariile de viaţă pe care le dezvoltăm. Fiecare trece în diverse momente din viaţă prin aceste poziţii existenţiale, dar în general, una dintre ele este dominantă.

X.2.1. Jocurile psihologice

În celebra sa carte „Games people play", E. Berne (1961) a identificat 50 de comportamente strategice tipice, numite jocuri, în care partenerii îşi asumă – mai mult sau mai puţin conştient – anumite roluri în comunicare şi prin care caută să obţină diverse beneficii, ascunse. Aceste jocuri nu au un caracter ludic, după cum ar sugera denumirea lor. Ele sunt distructive pentru că scopul lor este de a exprima ostilitatea faţă de ceilalţi, auto-supraevaluarea, negarea propriilor temeri şi responsabilităţi, auto-culpabilizarea, nevoia excesivă de atenţia celorlalţi ş.a.m.d.

Jocurile reflectă poziţia noastră existenţială, scenariul vieţii şi expectanţele pe care le avem faţă de ceilalţi şi prin ele ne confirmăm schemele cognitive: „Sunt mai bun ca ei!", „Întotdeauna am fost părăsit şi de aceea am

dreptul să fiu nesuferit şi răzbunător!", „Ceilalţi sunt de vină pentru problemele mele!", „Întotdeauna încurc lucrurile, nu merit decât să fiu pedepsit!", „Nu merit să fiu iubit/ă!", „Toţi bărbaţii sunt la fel!"

Rolurile sociale cele mai frecvent întâlnite sunt cele de Persecutor, Salvator şi Victimă, denumiri date de Karpman prin analogie cu triunghiul dramatic din tragediile antice greceşti (*apud* English, 2005). Persecutorul este persoana care îşi activează starea de Părinte Critic şi umileşte pe cineva considerat inferior; Salvatorul sare în ajutorul celuilalt (pe care îl consideră tot inferior) ca Părinte Salvator; şi Victima, care se află fie în starea de Copil Rebel, fie în cea de Copil Obedient, în funcţie de raportul cu Persecutorul sau cu Salvatorul.

Stările Eu-lui conţin o serie de comportamente specifice care pot fi grupate în cele trei categorii menţionate şi care influenţează semnificativ atitudinea abordată în diverse contexte situaţionale. Un exemplu clasic în acest sens, foarte răspândit, îl reprezintă jocul *„Al meu este mai bun decât al tău"*, în care se manifestă explicit raportul Eu + / Tu – şi în care unul dintre participanţi se află în poziţia de Persecutor, (lucrurile sale sunt întotdeauna mai bune, mai performante, mai rezistente etc.) iar celălalt în poziţia de Victimă.

Temele acestui joc aparţin unei palete extrem de variate şi se manifestă de la aspecte relativ neînsemnate – „jucăria mea", „telefonul meu", „hainele mele" – la altele intermediare – „studiile mele", „relaţiile mele sociale", „experienţa mea" – până la aspecte majore care pot fi cauze generatoare de conflicte: „familia mea", „culoarea mea", „religia mea" ş.a.m.d.

Un alt exemplu îl reprezintă jocul *„Dă-mă afară"*, în care o persoană vine de exemplu la terapie pentru a-şi îmbunătăţi atitudinea faţă de mediul profesional, pentru că a fost concediată de 15 ori în 5 ani şi acum este din nou ameninţată. Atitudinea iniţială de cooperare cu terapeutul (de comunicare de la Adult la Adult) se transformă treptat, clientul începând să facă gesturi şi remarci pentru a-l enerva pe terapeut (comunicare Victimă – Salvator) pentru ca în final, acesta să prefere să nu mai continue şedinţele cu clientul respectiv (comunicare Victimă – Persecutor).

Pentru a facilita identificarea şi înţelegerea jocurilor, Berne le-a denumit prin expresii uzuale: „M-ai făcut să greşesc", „Încercam doar să te ajut", „Ţi-am spus eu…", „Fără tine…", „Neîndemânaticul", „Datornicul", „Da, dar…" ş.a.m.d.

Un joc complet presupune după cum am văzut, schimbarea rolurilor, iar mesajele transmise sunt foarte asemănătoare cu cele vehiculate în cadrul tranzacţiilor duble, ceea ce generează confuzie şi incertitudine şi le face greu de descifrat. „Jucarea" rutinieră a acestor roluri reprezintă modalităţi disfuncţionale de comunicare şi datorită gradului redus de control, ele sunt repetitive şi persistente. Starea de Adult a participanţilor nu este implicată în aceste jocuri şi astfel problemele reale nu pot fi rezolvate pe această cale.

Cunoaşterea principalelor tipare de dezvoltare a jocurilor psihologice permite evitarea sau aplanarea acestora şi orientarea comunicării către rezolvarea conflictelor şi găsirea punctelor de comun acord între parteneri.

X.2.2. Scenariul de viaţă

Eric Berne spunea că viaţa fiecăruia nu este sub semnul întâmplării, al hazardului, ci fiecare om îşi elaborează şi îşi modelează încă din primii ani de viaţă - un plan de urmat, o „cheie" de înţelegere a realităţii, numită în limbajul analizei tranzacţionale *„scenariul de viaţă"*. Acesta reprezintă „forţa care împinge individul" să-şi trăiască viaţa pe care şi-o alege (Berne, 1961).

Scenariul iniţial este util pentru copilul care îşi structurează şi organizează timpul şi spaţiul, relaţiile, activităţile şi ideile despre lume şi viitor. Deciziile luate pe parcursul vieţii nu sunt altceva decât confirmări ale acestui plan, format într-o perioadă în care autonomia şi responsabilitatea personală sunt mult limitate - până aproximativ la vârsta de opt ani (Berne, 1961). Predispoziţiile înnăscute, percepţiile, prescripţiile, dorinţele, permisiunile şi constrângerile parentale reprezintă mesaje determinante ale existenţei unei persoane şi se constituie în scenarii de urmat. În raport cu ele persoana îşi structurează maniera sa de a simţi, gândi sau acţiona de-a lungul întregii sale vieţi. Această concepţie surprinzătoare, permite explicarea modalităţilor prin care oameni diferiţi - dar cu acelaşi scenariu - ajung la aceeaşi finalitate, iar persoane asemănătoare – dar cu scenarii diverse – ajung în situaţii complet diferite.

Fiecare dintre scenariile de viaţă cuprind la rândul lor o serie de miniscenarii sau secvenţe de comportament, formate sub influenţa modelatoare a mediului familial, social, economic şi cultural (Kahler, 1979). Aceste concepte ale analizei tranzacţionale se regăsesc în teoriile narative, în miturile personale, în schemele disfuncţionale, în auto-naraţiuni, în credinţele centrale şi în conceptul de sine (McAdams, Reynolds, Lewis, Patten şi Bowman, 2001).

Există trei orientări pe care le poate urmări un asemenea scenariu:

Câştigător (Winner) - scenariu permisiv care ilustrează psihologia învingătorului. Individul a fost încurajat să îşi găsească mijloacele prin care să-şi atingă obiectivele pe care şi le-a asumat el singur, în relaţii pozitive cu sine şi cu ceilalţi. Acest scenariu nu îl va împiedica să se confrunte cu probleme, dar îi va facilita depăşirea lor şi adaptarea creativă şi eficientă.

Pierzător (Loser) – scenariu dominat de restricţii şi constrângeri, ilustrează psihologia învinsului. Deşi aspiră la scenariul câştigătorului, persoana fie nu-şi poate mobiliza toate resursele în vederea realizării obiectivelor propuse, fie persistă într-un tipar emoţional, cognitiv sau comportamental de auto-sabotare a propriilor intenţii. Adesea ele sunt implicate în diverse jocuri psihologice (în roluri de Persecutor şi de Victimă).

Neutru (Non – winner) – este un scenariu comun, în care persoanele nu aspiră şi nu îşi propun obiective importante de realizat, sau dacă o fac, atunci nu reuşesc să se motiveze suficient. Aceste persoane îi admiră pe câştigători, se inspiră de la aceştia, însă urmăresc în primul rând să se menţină la „linia de plutire", să nu fie „nici-nici", adică să supravieţuiască în mediocritate.

X.3. PSIHOPATOLOGIA

Din perspectiva analizei tranzacţionale psihopatologia apare drept consecinţă a procesului de *excludere* şi de *contaminare* (Berne, 1961).

1. *Excluderea* presupune direcţionarea în mod sistematic a energiei psihice doar către una sau două stări ale Eu-lui, astfel încât o parte a personalităţii este exclusă şi rămâne inactivă, ceea ce are repercusiuni negative asupra funcţionării normale şi menţinerii echilibrului psihic.

Se evidenţiază patru tipuri de excludere (*apud* Stewart şi Joines, 1987):

a. O persoană care exclude mesajele transmise de Părinte funcţionează în viaţa de zi cu zi numai prin stările de Adult şi Copil. Lipsită de principii şi cu dificultăţi în asumarea responsabilităţilor acţionează în mod conştient şi voluntar pentru a-şi îndeplini dorinţele „aici şi acum" şi se implică în acţiuni indiferent de valoarea lor morală.

b. Excluderea stării de Copil are drept efecte manifestarea tot mai nediferenţiată a emoţiilor, pierderea spontaneităţii, a capacităţii creative, a tendinţelor non-conformiste şi a flexibilităţii comportamentale.

c. Cea mai gravă situaţie apare prin excluderea Adultului din viaţa unui individ. Absenţa unui for mediator între normele Părintelui şi dorinţele impulsive ale Copilului are drept consecinţă în primul rând dificultăţi de concentrare a atenţiei şi a rezolvării de probleme iar apoi se poate ajunge până la o funcţionare psihotică, ruptă de realitate.

d. Dezechilibrul psihic este evident în cazul „dublei excluderi", atunci când persoana se exprimă doar printr-o singură stare, celelalte fiind inactivate: tendinţe paranoide dacă funcţionează doar starea de Părinte, tendinţe autiste dacă este activă numai starea de Copil şi pierderea umanităţii, a spontaneităţii, plăcerea micilor bucurii ale vieţii, asemănarea tot mai mult cu un robot, raţional, calculat şi pragmatic dacă individul se află în permanenţă în starea de Adult.

2. *Contaminarea* semnifică intruziunea – în proporţii variabile - unei stări a Eu-lui în celelalte structuri ale personalităţii, care astfel nu mai sunt independente şi autonome (Prutianu, 2000).

Se disting următoarele trei tipuri (Stewart şi Joines, 1987):

a. Contaminarea stării de Adult cu cea de Părinte are drept consecinţe întărirea şi perpetuarea prejudecăţilor şi a clişeelor cognitive preluate din Părinte şi aplicarea lor în judecăţi şi generalizări absolutiste prin acţiunile Adultului („oamenii sunt răi", „toţi bărbaţii vor acelaşi lucru" etc.).

b. Contaminarea stării de Adult cu cea de Copil produce o serie de iluzii, Adultul ajunge să confunde realul cu fanteziile Copilului, ceea ce duce la adoptarea unor superstiţii „azi e ziua mea cu ghinion" sau a unor comportamente care să le confirme aşteptările (de exemplu, selectivitatea perceptivă a mediului la persoanele anxioase).

c. Dubla contaminare a Adultului cu ambele stări, în care poate apare ideaţia delirantă, psihotică. Fanteziile şi fricile Copilului, întărite de autoritatea Părintelui alimentează logica şi realitatea Adultului care intră în conflict cu realitatea obiectivă.

Procesele de contaminare şi excludere acţionează conjugat şi pun în evidenţă pe axa clinică o serie de tulburări:

- personalitatea de tip dependent, contaminată de starea de Copil şi care exclude Părintele. Aceasta se manifestă printr-o nevoie de ataşament şi teamă de individualizare crescute;
- personalitatea de tip evitant, contaminată de starea de Părinte şi care exclude Copilul. Ea prezintă o nevoie de individualizare crescută, dar şi o teamă intensă de ataşament;
- personalitatea de tip depresiv, în care Adultul este contaminat de Copil, pe care în acelaşi timp încearcă să-l excludă. În plan simptomatologic, apare o ambivalenţă către procesul de individualizare şi indiferenţa faţă de formarea legăturilor de ataşament;
- personalitatea de tip paranoid; Adultul este contaminat în acest caz de Părinte, pe care caută să îl şi excludă. Manifestările sunt de ambivalenţă către formarea ataşamentului şi de indiferenţă către individualizare.

X.4. INTERVENŢIA TERAPEUTICĂ

Chiar dacă la începuturi analiza tranzacţională a fost influenţată semnificativ de psihanaliză, ea s-a transformat într-o abordare centrată pe prezent, fără a insista pe o analiză profundă a inconştientului (totuşi, nu neagă faptul că multe alegeri în viaţă sunt motivate de factori la nivel inconştient).

Terapia este în principal una de grup şi are un caracter contractual, focalizat pe Adult şi pe tranzacţiile sale. Analiza tranzacţională lucrează cu un model decizional; ea susţine că perturbările emoţionale ale clienţilor provin din decizii din trecut care pot fi schimbate. Odată cu redecizia, clientul intră în contact cu sentimentele lui (nivel afectiv), le foloseşte ca să înţeleagă care sunt dorinţele şi nevoile sale (nivelul cognitiv) şi apoi acţionează (nivelul comportamental) pentru împlinirea nevoilor în modalităţi adecvate. Pe măsură ce pacientul devine conştient de tranzacţiile sale comportamentale, de jocurile şi scenariul cognitiv subiacent, el devine capabil să se amelioreze.

Înainte de a aplica o anumită strategie în cazul unui client, terapeutul trebuie să realizeze o evaluare, o diagnoză a acestuia, din mai multe perspective:

- comportamentală, urmărind o serie de indicatori (limbajul, intonaţia, ritmul vorbirii, expresivitatea, postura, gesturile, respiraţia şi tensiunea musculară) care pentru a fi validaţi trebuie corelaţi şi cu alte informaţii;

- socială, care presupune observarea tipurilor de tranzacţii pe care clientul le foloseşte în relaţiile sale interpersonale;

- istorică, adică evaluarea informaţiilor din trecutul clientului (a modalităţilor de acţiune şi comportare din copilărie, până în prezent);

- fenomenologic, care implică auto-evaluarea pacientului şi în care el retrăieşte trecutul, nu doar îl reactualizează.

Primul pas în terapia analizei tranzacţionale constă în semnarea unui *contract* (Berne, 1961) între terapeut şi „Adultul" clientului, în care se trec scopurile concrete ale terapiei şi modalităţile prin care urmează a fi realizate (Heinssen, Levendusky şi Hunter, 1995). Pe parcursul terapiei continuă şi procesul de contractare şi recontractare astfel încât clientul îşi poate da seama ce anume are nevoie şi vrea sa schimbe în viaţa lui şi de modul în care terapeutul îl poate ajuta să facă această schimbare. Acest contract stabileşte detalii referitoare la serviciile oferite, durata, costul şedinţelor, disponibilitatea în afara şedinţelor programate şi trasează limitele relaţiilor profesionale dintre client şi terapeut.

Principalele *obiective practice* ale terapiei prin analiza tranzacţională sunt:

1. echilibrarea (în sensul creşterii sau diminuării) energiei alocate către stările Eu-lui;

2. recunoaşterea şi întreruperea jocului psihologic în care persoana este angrenată sau pe care îl iniţiază;

3. identificarea şi modificarea scenariului de viaţă prin asumarea responsabilităţii propriei vieţi şi luarea unor noi decizii în plan personal.

X.4.1. Strategiile terapeutice

Realizarea egogramei

Stările Eu-lui care sunt activate cel mai frecvent şi care necesită un consum mare de energie pot fi vizualizate prin intermediul egogramei. Prin aplicarea şi reprezentarea grafică a răspunsurilor la chestionare specifice (Loffredo, Harrington, Munoz şi Knowles, 2004) clientul poate distinge care sunt structurile sale active de personalitate.

Egograma vizează stările care trebuie stimulate şi energizate pentru a optimiza funcţionarea generală şi permite urmărirea evoluţiei acestora în timp şi compararea profilului psihologic în două momente distincte.

Dialogul între instanţele Eu-lui

Pe măsură ce clientul îşi însuşeşte limbajul analizei tranzacţionale, el este încurajat nu doar să înţeleagă şi să-şi amintească anumite caracteristici ale

unei stări, cât şi să se identifice efectiv cu stările respective. Pentru aceasta, terapeutul i se va adresa diferenţiat, prin *jocuri de rol,* pe rând, fiecărei structuri de personalitate. Acestea dau răspunsuri diferite chiar şi la o simplă întrebare: „Cum este la facultate?", Copilul Liber va răspunde „E plictisitor, nu-mi place, aş vrea mai mult să călătoresc", „Cursurile sunt plictisitoare, dar petrecerile sunt grozave!", Copilul Adaptat „Merge bine, mulţumesc!", „Trebuie să trag tare...", Părintele Grijuliu „Ştiu că educaţia este foarte importantă şi mă bucur că şcoala merge bine!", Părintele Critic „Mă tot străduiesc, dar degeaba! Nu sunt un student bun...", Adultul „Sunt şi părţi bune şi mai puţin bune, dar am nevoie de note bune pentru absolvire, aşa că încerc să fac tot posibilul!" Prin diferenţierea cât mai clară a stărilor Eu-lui, fiecare client va aprofunda autocunoaşterea şi îşi va activa mai uşor starea de Adult.

Prescripţia comportamentală

În funcţie de rezultatul egogramei, terapeutul prescrie sarcini pentru dezvoltarea sau neutralizarea unor instanţe ale Eu-lui, cu scopul de a consolida rolul Adultului. Pentru un client care are un Părinte Critic puternic şi un Copil Liber slab reprezentat, terapeutul prescrie exerciţii de relaxare, autoadministrarea de mesaje cu conţinut optimist, de încurajare, manifestarea spontană a emoţiilor şi sentimentelor, includerea în dinamica unui grup, pentru neutralizarea interdicţiilor, constrângerilor şi sentimentului de culpă generate de Părinte. Aceste sarcini, deşi se realizează pentru anumite stări au efecte care se răsfrâng asupra întregii personalităţi. Uneori, parcurgerea acestui stadiu este suficientă pentru finalizarea terapiei (Prutianu, 2000).

Identificarea jocurilor psihologice

Primul pas în recunoaşterea jocurilor îl reprezintă observaţia şi analiza comportamentală în mediul natural pe care clientul o continuă şi între şedinţe pentru a creşte capacitatea de control conştient asupra acestor situaţii. Jocul de rol pune apoi în evidenţă care sunt erorile de raţionament implicate şi beneficiile pe care le obţine fiecare dintre parteneri din jocul respectiv. Întrucât adesea acestea sunt ascunse raţionamentului conştient, ele trebuie căutate în mecanismele inconştientului. În acest sens, terapeutul poate recurge la tehnici proiective, tehnica asociaţiilor libere, a scaunului gol (vezi: cap. IV şi cap. XI). Motivaţia persoanelor care se angrenează în aceste jocuri este de multe ori doar aceea de a obţine recunoaştere din partea interlocutorului. Prin demonstraţie şi modelare, terapeutul îl învaţă pe pacient cum să treacă în starea de Adult a Eu-lui pentru a modifica dinamica tranzacţiilor şi cum să administreze adecvat mesajele de recunoaştere socială a partenerului (strokes) pentru a devia ori întrerupe jocul.

Construirea contra-scenariilor

Întrucât deciziile asupra propriului scenariu de viaţă sunt luate în mod inconştient înaintea vârstei de opt ani, sau uneori revizuite în adolescenţă, ele

pot genera manifestări patologice. Pacientul distorsionează realitatea într-o modalitate dezadaptativă pentru a-şi confirma scenariul personal. Reducerea sau blocarea jocurilor psihologice opreşte împlinirea senariului disfuncţional, care astfel trebuie restructurat sau schimbat în totalitate.

Rescrierea scenariilor are la bază metoda luării unei noi decizii (Goulding şi Goulding, 1997), care se focalizează asupra reevaluării hotărârilor timpurii care sunt fundamentul scenariului de viaţă. Modificarea acestor decizii este similară modificării schemelor cognitive disfuncţionale (Young, 1999) responsabile pentru diferite tulburări emoţionale (vezi subcap. VI.7.). Reevaluarea atitudinilor faţă de sine şi ceilalţi susţine asumpţia analizei tranzacţionale că fiecare fiinţă umană este liberă să decidă responsabil asupra proiecţiei propriei sale vieţi.

X.4.2. Relaţia terapeutică

Un terapeut specialist în analiză tranzacţională trebuie să dispună de o bază solidă de cunoştinţe şi să se manifeste în relaţia terapeutică printr-o stare stabilă de Adult. Lipsa de experienţă în identificarea tranzacţiilor disfuncţionale dintre clienţi îl poate determina pe terapeut să devină Salvatorul uneia dintre părţi, iar apoi chiar o Victimă. Pentru ca terapia să fie eficientă, terapeutul trebuie să-i ofere clientului posibilitatea de a experimenta şi de a-şi asuma noi roluri şi protecţie psihologică suficientă pentru a face faţă la încercările de adoptare a noi comportamente (Lassus, 2000). El are rolul unui catalizator care îl asistă pe client în procesul de maturizare psihică şi îi facilitează producerea schimbărilor în sensul dezvoltării personale.

X.5. LIMITE ŞI TENDINŢE

Analiza tranzacţională este recomandată în cazurile persoanelor care prezintă reacţii la stres, tulburări emoţionale, de relaţionare, de adaptare, dar în special persoanelor care urmăresc optimizarea şi dezvoltarea personală.

S-au realizat numeroase studii care vizează aspectele teoretice şi practice ale analizei tranzacţionale, însă acestea susţin doar parţial ipotezele avansate. În vreme ce concepte precum „strokes", contractul terapeutic, sau scenariul de viaţă sunt argumentate empiric şi au fost preluate şi încorporate în special în terapia cognitiv-comportamentală, altele precum jocurile sau divizarea exclusivă a Eu-lui în cele trei instanţe nu sunt încă fundamentate ştiinţific.

Deşi criticile îndreptate împotriva analizei tranzacţionale vizau în primul rând superficialitatea limbajului ştiinţific utilizat de Berne în descrierea teoriei sale, totuşi în scurt timp ea s-a dezvoltat şi răspândit semnificativ, din domeniul clinic pătrunzând treptat în educaţie, consultanţă şi în managementul organizaţiilor.

Capitolul XI

TERAPIA EXISTENȚIALISTĂ

Augustina Ilisie

XI.1. Teoria personalității

XI.2. Teoria psihopatologiei
- XI.2.1. Relația terapeutică
- XI.2.2. Intervenția terapeutică
- XI.2.3. Practica terapeutică

XI.3. Logoterapia
- XI.3.1. Strategii terapeutice
- XI.3.2. Limite

XI.4. Gestalt-terapia
- XI.4.1. Influențe filosofice
- XI.4.2. Baze teoretice
- XI.4.3. Blocajele conștiinței
- XI.4.4. Obiectivele terapiei
- XI.4.5. Strategii terapeutice
- XI.4.6. Relația terapeutică
- XI.4.7. Formatul ședințelor
- XI.4.8. Limite
- XI.4.9. Tendințe

XI.5. Perspective

XI.1. TEORIA PERSONALITĂŢII

Psihoterapia existenţialistă este o abordare puţin cunoscută în psihopatologie şi insuficient delimitată conceptual de gândirea fenomenologică. La baza acestei orientări stau ideile şi principiile filosofiei existenţialiste - aşa cum au fost ele enunţate de Soren Kierkegaard, urmat de Martin Heidegger şi Jean-Paul Sartre – care au fost structurate pentru a contura o abordare clinică a terapiei.

Spre deosebire de psihanaliză - care s-a dezvoltat în jurul figurii marcante a lui Freud – ori de terapia centrată pe persoană – construită în practica lui Rogers – psihoterapia existenţialistă nu este dominată de numele unui singur terapeut, poate pentru că nici unul dintre ei nu a elaborat o teorie comprehensivă a psihoterapiei. Dintre precursorii acestei abordări îi amintim pe Ludwig Binswanger (cel care a propus metoda de analiză a sinelui urmând ideile filosofiei lui Heidegger – Dasein, sau „a-fi-în-lume") şi Medard Boss, care în anii '60, urmând exemplul filosofilor existenţialişti au făcut cunoscută perspectiva lor terapeutică, de confruntare conştientă cu aspectele întunecate, dar pline de semnificaţie ale vieţii. Ulterior, ideile lor au fost preluate de câţiva psihoterapeuţi americani (Rollo May şi James Bugental) care le-au sistematizat şi îmbogăţit cu experienţe personale şi cazuri clinice.

Existenţialismul se traduce prin expresia „a-fi-în-lume", adică unitatea activă dintre o persoană şi mediul său, care pune în lumină în mod simultan, atât unicitatea fiecărui individ cât şi datul invariabil, transcultural, caracteristic speciei umane. Existenţa nu desemnează o stare a unui individ, ci reprezintă o devenire, un proces dinamic şi activ, o interacţiune dintre individ şi lumea lui. Existenţialiştii nu caută să reconcilieze diferitele viziuni asupra lumii (dinamică ori comportamentală), ci rămâne la un nivel descriptiv, fenomenologic, pentru a accepta şi înţelege fiinţa umană în toate particularităţile sale de a privi şi construi lumea conform standardelor personale.

Personalitatea individuală, ca o sumă de trăsături stabile şi constante este mult mai puţin importantă, ceea ce contează de fapt este existenţa sau relaţia pe care fiecare dintre noi o are în raport cu 3 lumi: *cu lumea înconjurătoare*, cu *lumea aproapelui* nostru şi cu *lumea din interiorul nostru.* Acestea semnifică fiinţa biologică şi aspectele fizice ale lumii, sau „a-fi-în-natură" (umwelt), totalitatea relaţiilor interpersonale care se referă la sfera socială a lumii, sau „a-fi-cu-ceilalţi" (mitwelt) şi relaţia cu noi înşine, care cuprinde experienţa subiectivă a persoanei, sau „a-fi-pentru-sine" (eigenwelt) (May, 1977).

Oamenii şi personalităţile lor sunt diferiţi datorită discrepanţelor în funcţionarea la aceste trei niveluri. Să ne imaginăm de exemplu că suntem pe o plajă exotică, la malul oceanului – în acest moment, unii ar dori să se scufunde în apele răcoroase, alţii s-ar îngrijora din cauza pericolelor ascunse; unii şi-ar dori să aibă aproape persoana iubită, în vreme ce alţii ar prefera să rămână singuri; unora forţa oceanului li se pare sursă de energie şi de viaţă, aşa cum pot exista persoane care să îşi dorească să-şi sfârşească viaţa în apele lui.

Atunci când „suntem-cu-ceilalţi", suntem conştienţi de faptul că ei se gândesc la noi, ne evaluează şi ne judecă, astfel încât avem tendinţa de a evita acest lucru şi anticipând gândurile şi sentimentele lor să ne controlăm comportamentul, pentru a crea o impresie favorabilă. Această modalitate existenţială de aparentă apropiere, de „a-fi-pentru-ceilalţi", ne îndepărtează de fapt de ei - prin mimarea unor reacţii dezirabile ori prin abordarea unor subiecte superficiale şi neutre în discuţie, fără a ne exprima adevăratele stări, de teamă că nu vom fi acceptaţi şi ceilalţi ne vor respinge. Totuşi, există şi ocazii în care fiecare se gândeşte la sine şi îşi evaluează existenţa fără a se mai preocupa de ceea ce cred cei din jurul său; „a-fi-pentru-sine" înseamnă a-ţi asuma responsabilitatea introspecţiei, a reflecta în mod conştient şi echilibrat la viaţa interioară, fără a neglija însă şi celelalte niveluri ale existenţei.

Într-o lume atât de ambiguă, deschisă şi dispusă la multiple interpretări, teoria existenţialistă propune o soluţie unică: *autenticitatea*. O existenţă autentică este naturală şi funcţională, pentru că persoana este un întreg în care sunt integrate armonios toate nivelurile existenţei, fără ca funcţionarea unuia să se realizeze în detrimentul celorlalte (ignorarea aprecierii personale în favoarea aprobării celor din jur, de exemplu).

Persoanele autentice sunt disponibile să interacţioneze în mod direct, conştient şi spontan cu lumea, pentru că nu se tem să-şi dezvăluie gândurile şi emoţiile, pentru că nu pretind a fi altcineva decât sunt. Dar de ce atunci este atât de dificil pentru multe persoane să aleagă o existenţă autentică? De ce atât de mulţi par a se teme că dacă vor fi cunoscuţi cu adevărat, nu vor mai fi plăcuţi şi iubiţi? De ce personalitatea orientată către ceilalţi pare să fie dominantă în societatea de astăzi?

Răspunsul oferit de terapia existenţială este construit în jurul conceptului de *anxietate existenţială*. Aceasta reprezintă o stare de teamă fără să existe un obiect specific, o primejdie reală sau o ameninţare vitală (obiectiv, conştient, actual) şi care are în comun cu starea de angoasă noţiunea de ameninţare, dar se diferenţiază de aceasta printr-o structură mai complexă. Anxietatea existenţială este rezultatul inevitabil al unor condiţii inerente vieţii, pe care oamenii evită să le conştientizeze şi împotriva cărora se mobilizează mecanismele de apărare ale Eu-lui.

Prima sursă generatoare de anxietate o reprezintă conştiinţa morţii personale (Kierkegaard), dar şi teama că la un moment dat, necunoscut, persoanele cele mai apropiate îşi vor sfârşi existenţa şi o dată cu ele va muri şi o parte din fiinţa noastră. Conştiinţa faptului că nu putem controla evenimentele şi că trăim sub semnul hazardului ne tulbură şi căutăm să acţionăm astfel încât să ne creăm iluzia că avem puterea de a stăpâni realitatea şi de a preveni eventualele accidente care ne-ar putea afecta pe noi şi pe cei apropiaţi.

Confruntat cu diferenţele interculturale în percepţia şi reprezentarea fenomenului morţii, May susţine că lumea occidentală suferă din cauza negării şi refuzului morţii. Acceptarea ei ar îmbogăţi şi dezvolta conştientizarea propriei existenţe. În acest sens, este relevantă experienţa personală a lui May,

care timp de doi ani (ca urmare a unei boli grave) a oscilat între cele două perspective: aceea de negare, de nepăsare exagerată în faţa morţii iminente şi aceea a disperării, a abandonului total, iar „numărătoarea inversă" s-a transformat pentru el într-o provocare, în care acceptând inevitabilul, fiinţa nu mai are de ce se teme, iar timpul rămas devine din „stăpân", un „cadou", la dispoziţia dorinţelor şi alegerilor sale.

Pentru Sartre angoasa rezultă din sentimentul necunoaşterii consecinţelor opţiunilor noastre - angoasa alegerii (*apud* Ionescu, 1990). Dilema umană - în opinia filosofiei existenţialiste - constă în faptul că omul este simultan subiect (care simte, doreşte) şi obiect în raport cu situaţiile externe. Dobândirea conştiinţei de sine este însoţită de conştiinţa necesităţii de a acţiona într-un fel sau altul.

Fiecare dintre noi ne confruntăm cu decizii care ne vor afecta tot restul vieţii (ce carieră să urmăm, profesionale, familiale, sociale, cu cine să ne căsătorim, dacă să avem sau nu copii etc.) fără să ştim dinainte cu certitudine care vor fi consecinţele lor, astfel încât trăim sub semnul nesiguranţei şi al culpei de a fi făcut alegerea greşită. Capacitatea de a lua decizii reprezintă o caracteristică definitorie a maturităţii personalităţii şi o afirmare a curajului, a capacităţii şi a voinţei de a acţiona independent în sensul stăpânirii anxietăţii spre atingerea libertăţii şi a integrării personale.

Tillich în 1952 susţinea că fiecare aspect al lumii este investit cu un rost, cu un înţeles pentru fiecare persoană, iar absenţa semnificaţiei vieţii generează anxietate (*apud* Ionescu, 1990). Atunci când această structurare semnificativă se dezintegrează, apare neputinţa omului de a se orienta în propria existenţă. Persoana găseşte de exemplu că profesia care îi oferea atâtea satisfacţii, a devenit plictisitoare şi nu-l duce nicăieri, că relaţia cu partenerul, odată vitală nu mai are să-i ofere nimic nou (May, 1953).

În acest context existenţialiştii abordează tema religiei, care nu este altceva decât o afirmare a semnificaţiei vieţii. Dilema care apare la acest nivel nu este dacă religia în sine susţine sau nu starea de sănătate, ci sub ce formă este utilizată; prezenţa ori absenţa ei din viaţa unei persoane nu este ilustrată prin formulările intelectuale şi verbale, ci prin orientarea generală a vieţii sale. Atitudinea religioasă a unei persoane se identifică în punctul în care ea crede într-o serie de valori ale existenţei umane pentru care merită să trăiască şi să moară (May, 1977).

O altă sursă care produce anxietate este în opinia lui Bugental singurătatea fiinţei umane şi izolarea ei; oricât de mult am căuta intimitatea celorlalţi, niciodată nu vom putea fi în locul lor sau ei în locul nostru. Împărtăşirea experienţelor ne ajută să ne apropiem de ei, dar întotdeauna va exista o piedică în înţelegerea deplină a celorlalţi. Mai mult, alegerea propriei direcţii şi crearea unei semnificaţii personale în viaţă poate să ne îndepărteze de ceilalţi, iar această perspectivă a respingerii duce la disconfort psihic.

Toate aceste condiţii existenţiale pun în lumină o caracteristică definitorie a fiinţei umane: limitarea. *Moartea* reprezintă limita vieţii,

accidentele - limita puterii şi a cunoştinţelor noastre, *pierderea semnificaţiei* - limita valorilor în care credem, *singurătatea* – limita empatiei, iar *respingerea* - limita controlului pe care-l deţinem asupra unei alte persoane. O existenţă autentică nu se realizează prin evitarea şi negarea limitelor, pretinzând a fi altcineva (atotputernic, atotştiutor, nemuritor), ci prin conştientizarea, confruntarea şi încercarea de a le face faţă.

Persoana nu rămâne astfel cantonată la nivel de obiect determinat şi controlat de forţele destinului sau ale hazardului ci îşi asumă atitudinea de subiect activ al schimbării.

XI.2. TEORIA PSIHOPATOLOGIEI

Principala ţintă a terapiei existenţialist-fenomenologice o constituie tocmai disfuncţionalitatea modalităţilor prin care oamenii încearcă să evite angoasa. Anxietatea poate fi astfel înţeleasă şi ca pierderea sentimentului eu-lui în raport cu realitatea obiectivă; ea se instalează pentru că lumea valorilor cu care persoana se identifică este ameninţată. În loc să accepte realitatea, adesea oamenii preferă să o respingă ori să o nege, ceea ce duce la dezvoltarea nevrozei. În manifestările patologice persoana devine un obiect al temerilor şi al ameninţărilor, nu mai deţine controlul asupra faptelor sale pentru că voinţa sa nu mai este independentă, ci a devenit strâns legată de sursa generatoare de anxietate.

Negarea sau „minciuna" poate să se manifeste la oricare nivel al existenţei. Toate mecanismele defensive, indiferent de denumirea lor (proiecţie, regresie, negare etc.) nu sunt altceva decât forme ale minciunii care cu timpul au trecut la nivel inconştient şi au devenit obişnuinţe. Persoanele ipohondre mint despre natura bolii lor, ele îşi construiesc o teorie conform căreia bolile respective pot fi prevenite doar dacă merg cât mai urgent şi mai frecvent la medic. În acest caz, organismul lor a devenit o sursă constantă de anxietate, care îi limitează în funcţionarea la celelalte niveluri („a-fi-cu-ceilalţi" şi „a-fi-pentru-sine") de vreme ce ei discută şi se gândesc tot timpul la maladia lor.

Poate cel mai obişnuit nivel la care apare minciuna este „pentru-ceilalţi". Într-o anumită măsură, abilitatea de a juca diverse roluri este considerată drept naturală, apreciată şi încurajată chiar în societatea noastră, însă ea devine o problemă atunci când sunt sacrificate în favoarea altora atitudinile, sentimentele şi convingerile personale.

Încă din copilărie fiecare învaţă că îi poate influenţa pe ceilalţi prefăcându-se trist, bolnav sau nevinovat, în funcţie de punctul lor slab, ceea ce îl face să se simtă puternic, fără a uita însă de teama că poate fi descoperit şi acoperit de ruşine. Peste ani, teama şi ruşinea cresc, astfel încât persoana se comportă, simte şi gândeşte aşa cum se aşteaptă ceilalţi de la ea, deoarece a ajuns să creadă că dacă cei din jur ar şti cu adevărat cine este ea de fapt, ar respinge-o şi ar rămâne singură. Uneori aceste persoane îşi promit să nu mai mintă, să nu mai facă – „de dragul nimănui" – compromisuri după ce vor

ajunge într-o anumită situaţie: după ce vor termina studiile, după ce se vor angaja, după ce vor obţine promovarea aşteptată etc.

Negarea la nivelul subiectiv al experienţei este mai complexă; într-o primă etapă, (care de multe ori se dezvoltă în copilărie) persoana are conştiinţa neadevărului, după care treptat, ajunge să creadă propriile proiecţii. De exemplu, persoanele perfecţioniste, consideră că pot face totul la superlativ – astfel încât evită criticile şi respingerea celorlalţi – doar dacă muncesc tot mai mult şi sfârşesc prin a deveni dependenţi de supraactivitate (motorie, intelectuală, profesională). În acest fenomen al negării, oamenii îşi construiesc o lume falsă, din cărţi de joc, care se poate prăbuşi oricând. Prin acceptarea minciunii ca parte a ceea ce o defineşte, persoana devine responsabilă pentru pierderea oportunităţilor de a fi autentică şi pentru apariţia sentimentului de vinovăţie existenţială (May, 1953).

O caracteristică esenţială a psihopatologiei constă în alterarea percepţiei dimensiunilor spaţio-temporale, care pot fi cel mai bine ilustrate de către practica psihiatrică; astfel, s-a constatat de exemplu, că fuga de idei din manie înseamnă tocmai o derulare cu o viteză foarte mare a timpului şi că în stările melancolice are loc încetinirea ritmului fundamental al trăirii psihice. Keen în 1970 menţiona şi alte caracteristici şi anume:

- *deteriorarea viitorului*, care înseamnă că persoana crede şi simte că viaţa sa şi lumea înconjurătoare au o traiectorie descendentă, că deteriorarea sau alterarea reprezintă starea finală a tuturor aspectelor realităţii. Această concepţie se traduce prin pierderea speranţei, neajutorare, deprimare şi în final, indiferenţă.
- *presiunea viitorului* către atingerea unor obiective, tendinţă observabilă la acele persoane care îşi promit că într-o bună zi vor începe să trăiască cu adevărat. Până atunci, ei fac economii (financiare, de timp liber, ori de planuri de viitor) ceea ce îi împiedică să trăiască în mod autentic. Ei se comportă ca şi cum semnificaţia vieţii ar fi dată de aspectele exterioare - averi, titluri, poziţii sociale – şi nu de luarea deciziilor importante în plan personal.
- *viitorul – fantezie*, persoanele visând la momentul în care lucrurile se vor schimba dintr-o dată, în mod radical (se vor căsători cu soţi bogaţi, vor câştiga la loterie, ori vor găsi un terapeut care le vor rezolva instantaneu toate problemele). Această fantezie, bazată pe întrebarea „ce ar fi dacă...?" deschide în faţa persoanei o multitudine de alternative (iluzorii, de altfel) şi neagă faptul că prezentul este rezultatul deciziilor şi alegerilor făcute în trecut şi că viitorul creşte din angajamentele pe care ei şi le iau acum.
- *omniprezenţa trecutului*, care reprezintă o tulburare comună în multe manifestări psihopatologice şi care reflectă regretele intense pe care le prezintă o persoană faţă de evenimentele trecute. Ea se „agaţă" de cele întâmplate şi crede că i se mai poate acorda o a doua şansă, o altă ocazie, ca şi cum s-ar întoarce în timp şi ar putea lua o altă hotărâre, ar acţiona într-un alt mod. Trăind în minte cu ipoteticul „ce ar fi fost dacă", ea nu-şi poate accepta greşelile şi nu şi le poate integra în dezvoltarea personală (*apud* Proshaska şi Norcross, 1994).

Într-o existenţă naturală, autentică, persoana trebuie să conştientizeze faptul că nu are la dispoziţie decât momentul prezent, că trecutul şi viitorul au o anumită semnificaţie şi o anumită influenţă doar prin prisma clipei de acum. Atât trecutul cât şi viitorul devin potenţială realitate numai prin reprezentările actuale la nivel mental. A trăi în viitorul lui *„când"* ori în trecutul lui *„atunci"* nu înseamnă altceva decât o separare artificială a sinelui de realitatea concretă. Trecutul are înţeles doar pentru că ne luminează prezentul, iar viitorul pentru că aprofundează şi îl îmbogăţeşte (May, 1953).

XI.2.1. Relaţia terapeutică

Relaţia terapeutică este una directă şi poate fi rezumată prin formula „a fi împreună", în care cei doi îşi împărtăşesc experienţele de viaţă. Rolul terapeutului fiind acela de a-l ajuta pe pacient să îşi identifice rezistenţele şi să preia controlul asupra schimbărilor din viaţa sa, mai degrabă decât să caute noi moduri de schimbare.

Terapeutul nu intervine în exprimarea procesului decizional pentru a favoriza o direcţie sau alta; el are rolul de a clarifica aspectele pe care le prezintă fiecare opţiune cu care se confruntă clientul şi de a-i facilita acestuia însuşirea conştientă a bogăţiei şi a complexităţii propriei experienţe de viaţă.

Demersul terapeutic pune accentul pe formarea unei relaţii autentice, în care clientul este încurajat să devină conştient de propria persoană în calitate de subiect, liber să se exprime chiar dacă are alte opinii decât terapeutul şi chiar să decidă momentul în care va finaliza şedinţele.

XI.2.2. Intervenţia terapeutică

În demersul terapeutic de tip existenţialist sunt puţin obişnuite procedurile formale de evaluare şi diagnostic, iar accentul se pune pe colaborarea deschisă şi onestă a pacientului care se focalizează asupra auto-dezvăluirii. Înainte de prima întâlnire pacientul este informat asupra procedurii terapeutice şi i se cere consimţământul scris de a participa şi a se implica în terapie.

Din afirmaţiile semnificative ale pacientului, obţinute prin interviu sau chestionare, terapeutul extrage semnificaţiile generale, fundamentale, clusterii de teme şi idiosincraziile, pe care le integrează într-o descripţie reflectivă, adecvată a fenomenului investigat, într-un format neechivoc.

Remediul pentru simptomatologia psihopatologică este *autenticitatea,* la care se poate ajunge prin dezvoltarea conştiinţei de sine şi asumarea responsabilităţii. Terapia existenţialistă urmăreşte în primul rând nu eliminarea anxietăţii, cât transformarea aspectelor sale psihopatologice în manifestări ce pot fi încadrate în categoria normalului. După finalizarea terapiei clientul va putea tolera şi conştientiza anxietatea dar se va şi adapta în mod constructiv.

Procesul de *conştientizare* se realizează prin aplicare de tehnici psihanalitice şi rogersiene, terapeutul asistându-l pe client într-un proces similar

asociaţiei de idei, dar denumit *experimentare liberă*. Subiectul este încurajat să se exprime liber şi în mod sincer, referitor la tot ceea ce trăieşte în momentul actual, să îşi interpreteze activ trecutul prin filtrul relaţiilor sale actuale, al aspiraţiilor şi obiectivelor sale viitoare. Pacientul devine astfel conştient de faptul că este prins într-un tipar existenţial rigid şi repetitiv (viitorul fantezist, omniprezenţa trecutului etc.) şi că există o disfuncţionalitate la un anumit nivel al personalităţii sale.

O altă metodă utilizată este *confruntarea* (Proshaska şi Norcross, 1994) în care terapeutul reacţionează onest şi autentic la informaţiile prezentate de client. Confruntarea existenţialistă diferă de cea psihanalitică prin faptul că terapeutul îşi dezvăluie propria experienţă şi nu reflectă – pur şi simplu - numai experienţa clientului. Este posibil ca subiectul să încerce – în virtutea stilului neautentic de „a-fi-cu-ceilalţi" – manipularea terapeutului pentru a-l atrage de partea sa. Dacă pacientul întreabă: „Nu crezi că a te înfuria reprezintă o reacţie imatură?", în mod subtil, implicit, îl presează pe terapeut să fie de acord cu el, dar primeşte din partea acestuia un răspuns sincer: „Nu, uneori mă înfurii şi nu mă simt ca un copil". Autenticitatea terapeutului, prin dimensiunea sa verbală şi experenţială provoacă în procesul confruntării, conştientizarea simptomelor clientului şi totodată, a alternativelor de „a-fi-în-lume" prin schimbarea modului de a trăi. Terapeutul trebuie să lase la o parte opiniile şi convingerile personale şi să înţeleagă lumea din perspectiva clientului, concentrându-se pe experienţa sa imediată, pe percepţia şi pe semnificaţia acesteia. Existenţialismul acceptă semnificaţia trecutului în viaţa oamenilor, dar se abţine de la presupunerea unui determinism cauzal între evenimentele trecute şi experienţele prezente.

Al doilea proces prin care se urmăreşte dobândirea unei existenţe autentice îl reprezintă *luarea deciziilor*. Încă din primele şedinţe clienţii se confruntă cu o serie de alegeri (legate de persoana terapeutului, de implicarea în schimbare, de subiectele abordate, de durata terapiei ş.a.m.d.) pe care după ce le-au conştientizat, trebuie să şi le asume.

Ideea alegerii din perspectiva existenţialist-fenomenologică a fost deseori înţeleasă în mod eronat, omul având libertatea nelimitată de a alege cum şi cine să fie. De fapt, fiinţa umană poate influenţa relaţia sa cu destinul, prin deciziile pe care le ia, prin libertatea de a alege cum anume să răspundă la evenimentele impredictibile şi de neevitat. Libertatea personală se exprimă prin exercitarea voinţei în hotărârile critice ale vieţii, analizând fiecare opţiune şi alegând una dintre ele, cu responsabilitate şi curaj, chiar cu riscul de a greşi şi de a suporta consecinţele. May (1972, *apud* Ionescu, 1990) îl citează pe Tillich, care susţine că „omul nu devine cu adevărat uman decât în momentul deciziei".

Clientul este încurajat să nu se considere o victimă a psihopatologiei şi să-şi folosească abilităţile şi capacităţile de care dispune pentru a crea alternative raţionale într-o situaţie existenţială aparent iraţională. Numărul mare de opţiuni reprezintă o sursă de incertitudine şi nehotărâre, individul urmând să ia acea decizie care în opinia lui are consecinţele cele mai

valoroase, iar semnificaţia să se integreze armonios în proiectul personal al vieţii. Atâta timp cât proiectul ales dispune de obiective clare, de reguli şi strategii de acţiune, el va putea da sens vieţii. Pe lângă intenţia de a îndeplini un anumit proiect trebuie să existe şi corespondenţa în acţiune, prin efortul depus – concret şi consecvent - în vederea atingerii obiectivelor.

În acest punct, se impune distincţia dintre proiectele autentice şi cele neautentice. Cele dintâi descriu sfera tematică a unei persoane conştiente de libertatea de care dispune în luarea deciziilor şi care se bazează pe o puternică motivaţie intrinsecă şi pe evaluarea raţională a experienţei sale. Indiferent de alegere, proiectul este autentic atâta timp cât reprezintă o expresie congruentă a ceea ce simte şi crede persoana. Proiectul neautentic de viaţă nu este descoperit de persoană - care motivată din exterior îşi preia rolul prescris de alţii - ci este acceptat, pentru că „aşa trebuie", pentru că toată lumea face la fel şi în consecinţă, nu are de ales.

XI.2.3. Practica terapeutică

Acest tip de terapie este recomandat în special pacienţilor care îşi conceptualizează problemele şi tulburările prin prisma dilemelor şi impasurilor existenţiale şi nu ca aspecte ale patologiei. Modelul este eficient pentru indivizii care se simt suprasolicitaţi de contextul social, ori sunt într-un punct de criză, confruntându-se cu moartea, izolarea, inutilitatea sau alte modificări dramatice în viaţa personală (van Deurzen-Smith, 1988).

Deşi prezentată adesea ca o terapie destinată celor cu o capacitate intelectuală şi lingvistică superioară, abordarea de tip existenţialist se centrează în special pe dorinţa şi abilităţile pacienţilor de a-şi exprima atitudinile, sentimentele şi perspectivele asupra vieţii. Astfel, este mult mai importantă capacitatea de a verbaliza în mod direct şi deschis experienţele de viaţă. Cea mai mare parte a terapiilor existenţialiste se adresează indivizilor, şi mai puţin grupurilor sau familiilor.

Asemeni psihanalizei, terapia existenţialistă se desfăşoară pe o perioadă mai îndelungată de timp, de la câteva luni până la un an, fără a se înregistra până acum intenţia de a propune şi o variantă mai scurtă. Frecvenţa şedinţelor este săptămânală, dar poate fi şi de mai multe ori pe săptămână, cu o durată de 50 de minute; în cazurile în care clientul se confruntă cu o criză existenţială, terapeutul poate interveni şi prelungi durata şedinţei până la câteva ore, dacă este într-adevăr nevoie.

Orientarea existenţialistă şi-a dovedit eficacitatea în domeniul sănătăţii, în consilierea multi-culturală şi a grupurilor minoritare (van Deurzen,-Smith, 1988). Primii susţinători ai terapiei existenţialiste au avut în principal o pregătire psihanalitică; treptat însă, generaţiile următoare au fost influenţate semnificativ şi de alte orientări, în special de cele umaniste, adleriene sau gestalt, astfel încât au adus inovaţii şi alternative viabile teoriei iniţiale, precum logoterapia şi gestalt terapia pe care le vom prezenta mai departe.

XI.3. LOGOTERAPIA

Dintre sursele generatoare de anxietate existenţială, logoterapia (logos = cuvânt, sens, înţeles, principiul ordonator al Universului) se focalizează asupra absenţa semnificaţiei vieţii, care duce la apariţia stării de „vacuum existenţial". Psihiatrul vienez Victor Frankl, după experienţa dramatică din anii petrecuţi în lagărele naziste şi emigrarea sa în Statele Unite la finele celui de al doilea război mondial, a pus bazele unei noi orientări existenţialiste, care pune accentul pe dezvoltarea voinţei de a înţelege semnificaţia realităţii şi de a găsi motivele pentru care viaţa merită să fie trăită. Aşa numita stare de „vid existenţial" - specifică societăţilor avansate, ca rezultat al industrializării şi pierderii valorilor tradiţionale - este pusă în evidenţă prin plictiseala persoanelor cărora li se pare că viaţa lor nu are nici un rost, nu au de răspuns la provocări şi nu au de atins nici un obiectiv; ele încearcă să reducă acest gol interior prin: muncă excesivă, acumularea de bunuri materiale, căutarea plăcerii sau dobândirea puterii.

Logoterapia urmăreşte diminuarea anxietăţii existenţiale prin găsirea înţelesurilor şi a valorilor vieţii ea nu înseamnă altceva decât vindecare prin semnificaţie. Dar ce anume reprezintă această semnificaţie? După Frankl (1967) există două niveluri ale semnificaţiei: a) înţelesul prezent, sau semnificaţia momentului şi b) semnificaţia ultimă, sau meta-semnificaţia vieţii, adică valorile pentru care persoana este gata să îşi dea viaţa. Oamenii au nevoie să ştie şi să simtă că trăiesc şi că luptă pentru un ţel anume; acest ţel poate constitui o sursă consistentă de explorat în relaţia terapeutică.

Terapeutul orientează convorbirea înspre acele domenii în care pot fi descoperite semnificaţii şi îl încurajează pe client să aprofundeze, să descifreze înţelesul unic şi specific al fiecărui eveniment din viaţă, să accepte faptul că în lume nu există altă semnificaţie şi înţeles în afara celor pe care le creăm noi înşine, că nu ne putem baza cu certitudine pe fapte ori pe obiective, că nu avem cum să ştim ce ni se întâmplă după ce încetăm a mai fi în această lume (van Deurzen-Smith, 1988; Yalom, 1980). Demersul se focalizează asupra dezbaterilor legate de semnificaţia ultimă, numai dacă clientul are o atitudine deschisă faţă de religie (Fabry, Bulka şi Sahakian, 1995). Pornind tocmai de la aceste considerente şi devenind conştient de formele non-existenţei, pacientul va putea descoperi bogăţia şi profunzimea vieţii, asumându-şi responsabilitatea pentru atitudinea pe care o adoptă în faţa destinului. Ceea ce contează nu sunt evenimentele trăite ci atitudinea pe care o avem faţă de acestea şi care ne oferă suferinţa ori bogăţia vieţii.

Se conturează astfel libertatea voinţei pentru că în pofida tuturor condiţionărilor, fiecare om este liber să îşi aleagă atitudinea cu care îşi înfruntă vitregiile vieţii pentru a-şi transcende destinul. Victimele din lagărele de concentrare - de exemplu - puteau alege să se sacrifice pentru a salva pe cineva drag, ori să colaboreze cu duşmanii, luptându-se să supravieţuiască în fiecare nouă zi (Frankl, 1967; 1978).

Logoterapia - prin abordarea sa stoică - ne îndeamnă să trăim ca şi cum am experimentat deja situaţiile respective, iar acum avem o a doua şansă (Frankl, 1967). Aşa cum Epictet susţinea că oamenii nu sunt impresionaţi de evenimente, ci mai degrabă de interpretările date lor, „întâlnirea" cu fiecare moment – chiar şi cu durerea sau moartea - trebuie abordată cu luciditate, responsabilitate şi curaj pentru a descoperi semnificaţia unică a existenţei personale în clipa respectivă (Brehm, 1966; 1981).

Conform concepţiei ontologice a lui Frankl, fiinţa umană există în trei dimensiuni: somatică, mentală şi spirituală; acestea trebuie înţelese în totalitatea lor, pentru că persoana reprezintă o unitate în complexitate (Frankl, 1978). Una dintre asumpţiile fundamentale ale logoterapiei este aceea că spiritul uman reprezintă esenţa sănătăţii; deşi poate fi blocat de boala fizică sau psihică, el va rămâne intact, astfel încât persoana este liberă să ia o atitudine faţă de organismul său, investind boala cu o anumită semnificaţie şi valoare.

XI.3.1. Strategii terapeutice

În ceea ce priveşte conţinutul terapiei, acesta este similar în mare parte cu clasica analiză existenţială - chiar dacă Frankl acordă un rol mai important semnificaţiei vieţii – dar se apropie sub anumite aspecte de formă şi de terapia de tip scurt, în special de cea adleriană. Ideile filosofice sunt discutate într-o manieră deschisă, caldă, tolerantă, dar terapeutul îl va şi provoca pe client să ia parte la dialogul socratic sau la o serie de exerciţii de confruntare, interpretare şi persuasiune pentru a-i facilita conştientizarea momentului prezent şi descoperirea semnificaţiei specifice, a libertăţii şi responsabilităţii personale.

Viktor Frankl (1967) este cel care a dezvoltat şi a aplicat în practică strategiile paradoxale. Termenul de *paradoxal* desemnează o formă *directivă* de intervenţie care are ca obiectiv o acţiune voluntară a pacientului (Raskin şi Klein, 1976). Această tehnică îi dă pacientului impresia că deţine controlul asupra terapiei (Haley, 1963) şi implicit, şi asupra manifestărilor disfuncţionale. Există două categorii de intervenţie paradoxală: prescrierea simptomului şi interzicerea acţiunii asupra simptomatologiei.

Prescrierea simptomului

Această intervenţie şi-a dovedit eficienţa întrucât permite pacientului să se confrunte direct cu temerile sale (Frankl, 1967) prin acceptarea şi experimentarea în mod conştient şi deliberat a simptomatologiei. Prin schimbarea comportamentului obişnuit de tip evitant cu unul de auto-eficacitate şi auto-control, clienţii pot descoperi că acţiunea anticipată nu corespunde realităţii concrete, că prin dobândirea libertăţii interioare ei pot întrerupe cercul vicios şi pot evita întărirea şi fixarea simptomelor. Unui student căruia îi era teamă că îi va fi rău dacă va participa la o întrunire

studenţească, i s-a cerut să meargă acolo şi să îşi provoace în mod intenţionat starea de rău şi să-şi pregătească explicaţii hazlii pentru această situaţie; participând la şedinţă a realizat că atunci când a încercat să realizeze în mod voluntar acţiunea de care se temea, de fapt a dobândit mai mult control asupra anxietăţii iniţiale. Pacienţilor care acuză anxietate li se recomandă să îşi amplifice trăirea anxioasă, să observe astfel senzaţiile corporale şi gândurile specifice din situaţia respectivă pentru a învăţa cum pot să tolereze şi să controleze anxietatea.

Prescrierea simptomului este o intervenţie construită pe un nivel ridicat de complianţă a pacientului la terapie şi este recomandată celor cu un coeficient redus de reactivitate şi pentru care simptomatologia nu prezintă şi avantaje secundare.

Interzicerea acţiunii asupra simptomatologiei

Porneşte de la premisa conform căreia atitudinea terapeutului de acceptare necondiţionată a pacientului (pe care nu-l forţează să se schimbe) facilitează procesul de modificare terapeutică. Prin această tehnică terapeutul îi comunică pacientului că nu are intenţia să îl constrângă să facă schimbările pentru care încă nu se simte pregătit: „nu vrem să ne grăbim", „o vom lua încetişor, pas cu pas". Interzicerea de către terapeut a oricărei modificări în apariţia şi manifestarea simptomelor solicită o reacţie naturală din partea pacientului, care va căuta să îşi modifice simptomatologia „în ciuda" terapeutului. Astfel, orice schimbare minimă se datorează numai deciziei şi iniţiativei pacientului căruia îi revine întreaga responsabilitate. Este o tehnică des utilizată în cazul disfuncţiilor sexuale, în care s-a constatat că, cu cât individul se gândeşte şi îşi propune să fie mai potent, cu atât scad şansele de a-şi creşte performanţa; de aceea se recomandă amânarea sau chiar evitarea finalizării actului sexual.

Tehnica este recomandată pacienţilor reactivi, rezistenţi şi defensivi la intervenţia terapeutică şi cu anumite avantaje secundare simptomelor. Anticiparea reapariţiei simptomelor permite – în cazul adeveririi – o evoluţie firească şi necatastrofală a terapiei; iar dacă pacientul se ameliorează şi simptomele nu reapar, demersul şi-a dovedit cu atât mai mult / din plin eficienţa.

Utilizarea tehnicilor paradoxale trebuie să ţină cont de mai mulţi factori: în primul rând, relaţia terapeutică trebuie să fie optimă, terapeutul să aibă o conceptualizare clară a problemei şi împreună cu pacientul să urmărească obiective comune. Aceste intervenţii nu sunt recomandate pentru persoanele care se află în situaţii de criză, care au fost victimele unui abuz sau au potenţial auto- sau heteroagresiv (Weeks şi L'Abate, 1982).

Umorul reprezintă una dintre modalităţile de detaşare şi de creştere a controlului asupra problemei; această tehnică s-a dovedit a fi eficace (în 80 – 90 % din cazuri) şi are efecte imediate – totuşi, utilizarea ei trebuie făcută cu

precauţie, ea fiind interzisă în cazul clienţilor cu risc suicidar şi la cei cu schizofrenie.

Rolul terapeutului este acela de a extinde clientului orizontul semnificaţiilor pentru evenimentele din trecut, prezent şi viitor, în mod creativ, experienţial şi atitudinal. O sursă importantă de semnificaţii o reprezintă valoarea pe care persoana o acordă realizărilor sale, evenimentelor existenţiale precum şi atitudinilor adoptate faţă de situaţii aparent de neînţeles. Logoterapia nu poate fi practicată fără a înţelege spiritul uman sau dimensiunea spirituală a existenţei umane.

Pornind de la modelul iniţial propus de logoterapie, în ultimii ani s-au dezvoltat noi tendinţe în psihoterapie, care se focalizează în principal pe abordarea sistematică a valorilor şi a semnificaţiilor personale (J. Crumbaugh, 1973, co-autorul testului obiectivului vieţii – Purpose in Life Test). De asemenea, pentru eficientizarea demersului terapeutic şi ştiinţific s-a propus conceptualizarea spiritului uman sub forma resurselor personale care stau la dispoziţia fiecăruia şi contribuie la mobilizarea mecanismelor de coping la stres. Principiile logoterapiei se regăsesc în parte în noi abordări psihoterapeutice, precum consilierea şi terapia centrată pe semnificaţie (Wong şi Fry, 1998) şi care integrează procese cognitiv-comportamentale şi narative, susţinute empiric de cercetările realizate.

XI.3.2. Limite

Deseori modelul existenţialist a fost prezentat ca neinteresat de aspectele practice ale terapiei, astfel încât literatura de specialitate cuprinde puţine studii şi cercetări riguroase care să ateste eficacitatea terapeutică. În fapt însă, el urmăreşte o metodologie descriptivă şi a avut un rol major în dezvoltarea abordărilor de tip calitativ în cercetare. Existenţialismul este o abordare psihoterapeutică la fel de „raţională, coerentă şi sistematică, ca oricare alta" (Yalom, 1980).

Un alt aspect controversat se referă la faptul că, deşi include în repertoriul său practic atât de multe tehnici psihanalitice, terapia existenţialistă respinge fundamentul lor teoretic şi consideră că toată responsabilitatea asupra manifestărilor psihopatologice le revine clienţilor. În fine, o ultimă critică vine dintr-o perspectivă contextuală, care susţine că psihoterapia de tip existenţialist este o terapie individuală de tip elitist, care ignoră realitatea concretă şi contextul cotidian al societăţii actuale (Brehm, 1966; 1981).

În ceea ce priveşte logoterapia, situaţia este asemănătoare; tehnica intervenţiei paradoxale s-a dovedit a fi la fel de eficientă ca şi alte modalităţi terapeutice tradiţionale, însă cercetările respective nu au urmărit eficienţa logoterapiei ci aplicarea – în diverse cazuri – a unui grup mai larg de tehnici, care includeau şi metoda propusă de Frankl (Proshaska şi Norcross, 1994). Acest refuz de a raporta experienţa subiectivă la standardele cercetării

empirice ilustrează poziţia logoterapiei vis a vis de metodele experimentale, considerate ca fiind nejustificate în studiul fiinţelor umane.

Absenţa datelor obiective legate de cazurile tratate prin această abordare psihoterapeutică, dar şi a dorinţei de a demonstra modalităţile de asistare a clientului pentru îmbunătăţirea situaţiei actuale - reprezintă principala ţintă a criticilor venite din partea altor perspective (terapiile comportamentale, familiale, de tip scurt etc.). Această atitudine de respingere a evaluării ştiinţifice încurajează neasumarea de către terapeut a responsabilităţii de evaluare a eficienţei demersului său şi subiectivitatea criteriilor de apreciere a terapiei.

XI.4. GESTALT-TERAPIA

Inclusă în abordările umanist-existenţiale, gestalt-terapia vizează capacitatea înnăscută a persoanelor de schimbare şi dezvoltare, dar şi responsabilitatea personală asupra propriei vieţi şi a propriilor decizii (conştiinţa noastră de „a fi" în lume).

De formaţie psihanalitică, fondatorul gestalt-terapiei, Frederick Perls a preluat o serie de termeni din psihologia gestaltistă pe care i-a îmbinat cu concepte ale psihologiei abisale şi existenţialismului, sub umbrela unei noi concepţii psihoterapeutice. La dezvoltarea acestei orientări în anii 1940-1960 au contribuit – în mod mai mult ori mai puţin direct - o serie de profesionişti din domeniul psihiatriei, psihologiei, literaturii şi filosofiei – în primul rând Laura Perls - soţia sa - Paul Goodman, Isadore From şi alţii care au îmbogăţit treptat, repertoriul teoretic şi tehnic al gestalt-terapiei.

XI.4.1. Influenţe filosofice

În Gestalt-teorie şi perspectiva sa asupra vieţii se identifică trei concepţii filosofice. Prima dintre acestea este teoria câmpului, derivată din fizică, în accepţiunea căreia „câmpul" reprezintă un sistem dinamic interrelaţional, în care fiecare componentă exercită influenţe asupra celorlalte componente. Câmpul terapeutic cuprinde istoria pacientului şi situaţia prezentă, relaţia terapeutică, stilul de comunicare, mesajele nonverbale (postură, gestică, expresia feţei, tonul vocii etc.), trăirile pacientului, ale terapeutului, precum şi impactul pe care unul îl are faţă de celălalt.

Terapia presupune şi o abordare fenomenologică, cu accentul pe experienţa subiectivă a pacientului, pe ceea ce *simte* acesta, mai puţin pe explicaţii şi interpretări. Terapeutul la rândul său îşi dezvăluie senzaţiile şi sentimentele dacă acestea sunt utile pentru pacient.

Cea de a treia influenţă o exercită dialogul, în sensul că terapeutul trebuie să fie disponibil şi *prezent* în interacţiunea cu pacientul. Acest mod de relaţionare este unul spontan, direct şi reciproc şi contribuie la o relaţie terapeutică benefică prin ea însăşi.

XI.4.2. Baze teoretice

În prima sa abordare Perls (Perls, Hefferline şi Goodman, 1951) a promovat Gestalt-terapia ca pe o aplicare a legilor percepţiei descoperite şi studiate de psihologia gestaltistă. Aceasta susţine că oamenii au o tendinţă naturală de a organiza activ câmpul percepţiei şi de a completa sau încheia o formă. Gestalt-terapia extinde aceste principii asupra întregii funcţionări psihice. Conceptul de *gestalt* - tradus prin *structură* sau *configuraţie* - se referă atât la un întreg de elemente fizice - precum un organism – cât şi la o structură de idei – de pildă Drepturile Omului.

Un individ poate fi la un moment dat considerat un întreg pentru că are o inimă, o minte, o poveste - iar altă dată el poate fi doar o parte componentă dintr-un întreg: un cuplu, un grup, o echipă.

Gestalt-terapia susţine că fiinţa umană nu poate fi înţeleasă decât dintr-o perspectivă integralistă. Aşa cum percepţia imaginilor se realizează nu doar prin însumarea părţilor componente ci prin interacţiunea lor complexă, în cadrul personalităţii, sunt organizate şi integrate multiple configuraţii active. Gestalt-terapia se centrează asupra ideii că noi trăim transformând fiecare experienţă într-un întreg. Sentimentul întregirii este o calitate definitorie pentru o existenţă sănătoasă, ca efect al unităţii dintre minte, trup şi spirit şi al unităţii ecologice dintre oameni şi mediu.

Existenţa umană este un proces deschis, o devenire continuă a necesităţilor care se conturează în câmpul conştiinţei şi se cer a fi satisfăcute. Organismul şi mediul sunt considerate într-o relaţie de interdependenţă; omul intră în legătură cu realitatea externă printr-o *zonă de contact*. Aceasta are un caracter dualist: îmbină creativitatea individului (unicitatea personalităţii umane) cu adaptarea sa la mediu (reciprocitatea necesară vieţii sociale).

„Metabolismul mental" reţine şi procesează preponderent acele informaţii care îi facilitează acceptarea de sine şi adaptarea la mediu şi le respinge pe cele care nu-i mai sunt necesare. Acest proces presupune parcurgerea următoarelor etape: 1. conştientizarea; 2. clarificarea nevoilor şi a intereselor; 3. scanarea mediului; 4. acţiunea; 5. contactul; 6. asimilarea; şi 7 retragerea.

Funcţionarea sănătoasă înseamnă conştientizarea nevoii celei mai presante, care se află în prim-plan, satisfacerea acesteia, închiderea ei şi înlocuirea cu o altă nevoie din ierarhie. Dacă în realizarea acestui ciclu de satisfacere a nevoilor psihologice apar interferenţe din exterior, persoana trebuie să găsească variante de adaptare. În timp, aceste modalităţi creative de adaptare îşi pierd caracteristicile iniţiale şi pot deveni disfuncţionale, rigide, automate – obstacole în calea împlinirii.

XI.4.3. Blocajele conştiinţei

Simptomele şi mecanismele defensive reprezintă indicatori ai blocajului în procesul natural de maturizare. În opinia lui Perls, fiecare dintre

noi poartă cu sine conflicte nerezolvate, tipare comportamentale şi emoţionale rigide. Gestalt-terapia nu încearcă să înlăture ori să interpreteze aceste defense şi simptome, dar caută să le aducă în câmpul conştiinţei, pentru a le putea cunoaşte şi gestiona mai bine şi în fine, pentru a le reorganiza.

Principalele mecanisme defensive prin care persoanele evită şi resping contactul cu realitatea „aici şi acum" în scopul protejării sinelui sunt:

• *introiecţia* - presupune permeabilitatea excesivă a zonei de contact pentru informaţiile din mediu. Ea poate avea o funcţie pozitivă, întrucât permite integrarea conştientă a unor valori şi strategii adaptative, dar poate duce şi la blocaje prin internalizarea pasivă şi necritică a unor comportamente şi norme care nu sunt în concordanţă cu nevoile şi convingerile personale – ca introiecţia parentală: „Nu eşti bun de nimic". Introiecţiile favorizează apariţia tulburărilor de identitate şi structurarea unei personalităţi inautentice, cu un caracter rigid şi imatur.

• *proiecţia* – are loc atunci când individul atribuie altor persoane sau obiecte din mediu - gânduri, sentimentele şi atitudini pe care el la nivelul conştientului nu şi le recunoaşte şi le neagă. De exemplu, o persoană care se înfurie foarte greu – poate din cauza unei introiecţii – îl percepe nejustificat pe un altul ca fiind mânios pe el. Mecanismul de proiecţie se manifestă prin diferite forme, pornind de la fenomenele artistice creatoare, până la superstiţiile în care oamenii atribuie unor obiecte sau fenomene exterioare un rol determinant în existenţa lor. Accentuată patologic, proiecţia se exprimă în ideaţia de tip paranoic, în care mediul individului nu reprezintă altceva decât o permanentă sursă de suspiciune, ostilitate şi intenţii agresive ori persecutorii, în pofida evidenţelor şi argumentelor logice.

• *retroflecţia* – similară în parte cu reprimarea sau refularea psihanalitică - constă în reorientarea către sine a energiei sau a acţiunii destinate către ceilalţi. Retroflecţia se prezintă sub două forme: prima se referă la auto-direcţionarea anumitor gânduri, sentimente şi comportamente adresate iniţial altor persoane. De pildă într-un conflict, un alt individ care se înfurie foarte greu poate ajunge să se învinovăţească pentru cele întâmplate şi să-şi reprime frustrarea - „îşi muşcă buzele" pentru a se abţine de la adresarea unei remarci usturătoare.

În a doua formă de manifestare a retroflecţiei, zona de contact se comportă asemeni suprafeţei unei oglinzi, astfel încât individul se comportă cu sine aşa cum ar dori ca alţii să se comporte cu el – se răsfaţă, îşi cumpără cadouri, în loc să le primească; ori preferă să se masturbeze decât să ia iniţiativa unui comportament sexual faţă de o altă persoană. Această tulburare de contact cu mediul se poate exprima printr-o simptomatologie psihosomatică.

• *deflecţia* - presupune evitarea contactului direct cu realitatea prin activarea unor tipare acţionale, rigide care repoziţionează zona de contact. Individul refuză să ia parte în mod activ „aici şi acum" la experienţa vieţii şi urmăreşte să stabilească relaţii cu alte aspecte ale mediului decât cele date, iar

impulsul către o anumită acţiune este redirecţionat spre un substitut din mediu. Pentru a evita implicarea emoţională de exemplu, o persoană poate intra în dialog fără nici o legătură cu subiectul iniţial, abordând generalităţi care îi permit să se distanţeze de punctul „fierbinte" al interacţiunii. Când angajatul vine furios de la muncă pentru că şeful i-a făcut „morală", el îşi descarcă frustrarea pe câinele care se manifestă mai vioi decât de obicei; acţiunea este „deturnată" către o altă ţintă.

• *confluenţa* - apare prin „dizolvarea" zonei de contact, a barierei dintre sine şi lume. Datorită excesivei permeabilităţi a zonei de contact, persoana nu mai discerne realitatea interioară de ceea ce se întâmplă în exterior, situaţiile imaginare de evenimentele lumii reale. Fiecare trăieşte această experienţă a unităţii dintre sine şi lumea înconjurătoare în perioada copilăriei, când zona de contact este încă în stadiul de formare. Există o serie de experienţe profund umane care au această caracteristică a confluenţei, precum unificarea cu divinitatea sau experienţa iubirii, în care persoanele depăşesc condiţionările interioare şi se simt una cu celălalt, parte dintr-un întreg. Forma cea mai intensă de manifestare patologică a confluenţei constă în depersonalizarea din delirul psihotic când apare scindarea personalităţii (*apud* Latner, 1973).

Aceste blocaje ale conştiinţei nu acţionează independent, ci în strânsă legătură unele cu altele.

XI.4.4. Obiectivele terapiei

Spre deosebire de Freud, Perls nu s-a focalizat asupra factorilor cauză din timpul copilăriei care stau la originea actualei simptomatologii. El a pus în evidenţă modalităţi prin care pacientul îşi poate regăsi şi recâştiga controlul asupra dorinţelor, sentimentelor şi comportamentelor de la nivelul inconştientului. Gestalt-terapia este axată predominant pe proces decât pe conţinut. Ea urmăreşte dezvoltarea conştiinţei, a ceea *ce* face individul şi a modului *cum* o face, decât *de ce*, a motivelor sale, evitând astfel defensele şi raţionalizările.

Gestalt-terapia este paradoxală în sensul că schimbarea nu reprezintă rezultatul încercărilor de a modifica situaţia, ci are loc spontan, în momentul în care pacientul intră în contact autentic cu sine şi cu trăirea deplină a experienţei prezente. Această conştientizare aduce la suprafaţă noi modalităţi de a răspunde nevoilor actuale şi noi opţiuni de comportament şi relaţionare.

Conştientizarea temerilor, a nevoilor şi a resentimentelor uitate, dar care încă sunt active la nivel inconştient şi distorsionează percepţia realităţii, îi permite persoanei să-şi rezolve acţiunea nefinalizată care o împiedică să funcţioneze eficient. Prin acordarea unei noi semnificaţii, conflictul interior este finalizat, acceptat, asimilat şi integrat în „metabolismul interior", astfel încât are loc reconfigurarea gestalt la nivelurile profunde ale personalităţii. De exemplu, scopul terapiei pentru un pacient poate fi acela de a-i dezvolta capacitatea de a

experienţia, tolera şi exprima durerea, dezamăgirea, furia – pentru a-i extinde abilităţile de a trăi în mod autentic şi de a relaţiona eficient cu ceilalţi.

Obiectivele terapiei (*apud* Tucker-Ladd, 1996) sunt:

- aprofundarea cunoaşterii de sine şi auto-acceptarea necondiţionată;
- asumarea auto-responsabilităţii pentru toate deciziile, sentimentele şi acţiunile personale;
- autenticitatea şi independenţa sinelui, care nu se conformează pasiv expectanţelor mediului social şi
- trăirea prezentului „aici şi acum", fără a regreta trecutul ori a planifica excesiv viitorul.

Un adult matur este capabil să-şi asume propriile gânduri, comportamente şi emoţii pe care le integrează în experienţa personală, fără a se preocupa de expectanţele sociale pe care ceilalţi le au faţă de el şi fără a interveni la rândul său în viaţa acestora.

XI.4.5. Strategii terapeutice

Gestalt-terapia propune o serie de tehnici şi metode care susţin procesul conştientizării sinelui şi al iluminării (insight-ului). Dezvoltarea conştientizării presupune în primul rând eliberarea de lumea idealurilor şi a fanteziilor, de concepţiile teoretice despre cum ar trebui lumea şi viaţa să fie. Trezirea din această transă intelectuală se realizează prin „întoarcerea la simţuri", la experienţa senzorială a realităţii.

Experimentarea „aici şi acum"

Experienţa senzorială imediată reprezintă baza fenomenologică a gestalt-terapiei. Aceasta susţine că trăim excesiv la nivel mental şi că evităm senzaţiile fizice sau denumirea emoţiilor resimţite. Obiectivul acestei metode este acela de a deschide pacientul spre ceea ce gândeşte sau simte pe parcursul exerciţiului, devenind mai conştient de ceea ce îi transmite corpul său, urmând dictonul lui Pearls: „Pierde-ţi mintea şi întoarce-te la simţuri".

Mediul trebuie să fie liniştit, fără surse exterioare disturbante de stimulare (TV, radio, telefon etc.). Terapeutul îi cere pacientului ca într-un interval de 2 minute să observe ce intră în atenţia conştiinţei sale. Apoi el descrie aspectele asupra cărora s-a focalizat mai mult:

- Lumea cognitivă – cu gânduri, fantezii, probleme, amintiri, planuri de viitor;
- Lumea afectivă – emoţii, sentimente, senzaţii corporale (puls, nervozitate, încordare musculară, oboseală, transpiraţii etc.);
- Lumea exterioară – sunete, obiecte sau alte persoane din încăpere.

Se notează care sunt aspectele predominante şi cele care au tendinţa de a fi neglijate sau evitate. Focalizarea asupra spaţiului personal, a posturii corporale, mimicii, ritmului respirator, tonusului muscular, tonalităţii vocii, ş.a.m.d. dezvoltă capacitatea de auto-conştientizare. Limbajul trupului şi

senzaţiile corporale sunt markeri ascunşi ai conflictelor şi trăirilor de la nivelul inconştientului. Blocajele emoţionale pot fi rezultatul unor mesaje interne de tipul „Nu fi slab!", „Bărbaţii nu plâng!" De aceea, pacientul este frecvent întrebat: „Ce se întâmplă în corpul tău acum?", „Pari foarte încordat, ce înseamnă asta?", „Ţii pumnii strânşi, ce simţi acum?" etc. Anxietatea este rezultatul temerii că anumite nevoi sau emoţii „inacceptabile" se vor manifesta la un moment dat; depresia poate fi efectul reprimării furiei sau a amărăciunii, stima de sine scăzută derivă din direcţionarea către sine a frustrării şi criticii destinate iniţial altcuiva.

Se prescriu apoi ca teme între şedinţe, sarcini de conştientizare aprofundată în diferite situaţii de viaţă şi de descriere a detaliilor sau a rezistenţelor observate. Este nevoie de multă practică pentru ca pacientul să ajungă la conştientizarea întregului dintre sine şi elementele aparent disparate ale mediului şi să surprindă o nouă semnificaţie a acestora.

Conştientizarea şi acceptarea contrariilor

Această tehnică, asemănătoare imageriei dirijate (vezi cap. V) porneşte de la asumpţia conform căreia fiecare aspect al realităţii are şi un revers. Pentru a putea cunoaşte fericirea, trebuie să fi cunoscut şi tristeţea. Teoria gestalt consideră că individul conştientizează foarte puţine emoţii şi are tendinţa de a le ignora pe celelalte mai puţin intense, inclusiv emoţia contrară a ceea ce avem în minte. Conştientizarea tuturor componentelor personalităţii şi a dinamicii conflictelor dintre dorinţe şi pulsiuni eliberează şi flexibilizează gândirea.

Pacientul primeşte sugestia de a-şi imagina anumite situaţii în contradicţie cu realitatea (Perls, Hefferline şi Goodman, 1951). De exemplu, să-şi imagineze ce s-ar fi întâmplat dacă ar fi răspuns negativ (şi nu afirmativ, aşa cum a făcut-o) într-o decizie importantă; dacă e bărbat, cum ar fi reacţionat să fi fost femeie? Dacă pacientul are un complex de inferioritate, i se cere să observe dacă nu manifestă superioritate în alte situaţii; dacă o persoană se consideră atrăgătoare, se explorează aspectele care o fac să se simtă neatrăgătoare sau chiar respinsă. Dacă pacientul se crede un ratat, în plan imaginar el îşi va maximiza potenţialul şi va fi un om de succes. Apoi, pacientul trebuie să se focalizeze asupra unei situaţii problematice reale şi să descrie cât mai concret cum percepe, ce simte şi cum acţionează el de obicei în situaţia respectivă.

Urmează „răsturnarea" situaţiei în plan imaginar, la nivelul percepţiei, emoţiilor şi reacţiilor comportamentale prin *tehnici dramatice* (substituirea perspectivei negative cu cea pozitivă, a furiei cu indiferenţa, a conduitei agresive cu comportamente pasive). *Repetiţia* sau *exagerarea* sunt utilizate de către actori pentru amplificarea trăirilor dintr-o situaţie dată (Proshaska şi Norcross, 1994). Clientului i se cere să exagereze ori să repete în mod intenţionat, exprimarea anumitor emoţii, gânduri sau mişcări pentru a intra într-un contact autentic cu sine şi cu trăirile lor în contextul respectiv.

Introducerea elementului intenţional permite creşterea sentimentului de control asupra experienţei şi asupra reacţiilor propriului organism. După experimentarea modalităţilor de a răspunde la situaţie, împreună cu terapeutul se caută găsirea „numitorului comun", a strategiei adecvate de utilizat în situaţiile concrete. Din plan mental, prin scăderea anxietăţii se trece treptat în cotidian şi se generalizează, în funcţie de puterea alianţei terapeutice, de nivelul auto-susţinerii şi durata terapiei. Prin expunerea şi experimentarea diferitelor alternative, pacientul îşi flexibilizează pattern-ul cognitiv şi îşi îmbogăţeşte repertoriul emoţional şi comportamental.

Tehnica scaunului gol (dezvoltată de Fritz Perls în 1969)

Exerciţiul presupune desfăşurarea unui dialog (10-30 de minute) şi a unei interacţiuni emoţionale intense între pacient şi un interlocutor imaginar, aflat pe un scaun gol din apropierea sa. În postura de interlocutor pot fi atât persoane reale (care au avut sau au o influenţă semnificativă asupra pacientului), cât şi obiecte (referatul neterminat, maşina, verigheta), simptome (migrene, oboseală) sau trăsături ale pacientului (pesimism, impulsivitate, teama de o anumită boală, perfecţionism la locul de muncă etc.) care devin ţinte ale demersului terapeutic. Pacientul trebuie întâi să descrie cât mai clar şi mai detaliat caracteristicile interlocutorului, ca şi cum acesta s-ar afla în faţa sa, să se exprime liber, spunându-i tot ceea ce simte şi gândeşte la adresa sa, după care alternativ, ia rolul persoanei / obiectului / trăsăturii şi continuă conversaţia cu sine însuşi.

Obiectivul tehnicii este acela de a-l face pe pacient să conştientizeze că toate conflictele pe care el le are cu ceilalţi îi aparţin şi coexistă în interiorul său. Pentru că avem tendinţa de a ne identifica doar cu una din părţi şi de a le ignora sau exclude pe celelalte; utilitatea acestei metode constă în soluţionarea conflictelor interne prin prezentarea şi argumentarea ambelor „tabere".

Când conflictul apare între instanţele sinelui, se aplică o variantă, denumită de Perls *„Top Dog-Under Dog"*. Clientul este pe rând, „Top Dog" sau „câinele de rasă" (SuperEgo-ul, cu atitudine autoritară, critică, perfecţionistă, justiţiară) şi „Under Dog" sau „câinele maidanez" (care reflectă atitudinea de neajutorare, de victimă, care pare supusă cerinţelor ideale ale conştiinţei, dar pe care o sabotează). Fiecare persoană dispune în grade diferite de asemenea dualităţi, care intră în conflict atunci când o dimensiune caută să se impună şi să preia controlul în defavoarea celeilalte. În funcţie de maturitatea sa, individul este sau nu capabil să le accepte: masculin şi feminin, lider şi subordonat, puternic şi slab, generos şi egoist etc. Prin intermediul acestui joc de rol, persoana are ocazia de a-şi recunoaşte părţile aflate în conflict, de a le integra şi de a le accepta în mod conştient ca fiind definitorii pentru sine.

Tehnici de limbaj

În gestalt-terapie, limbajul este folosit pentru a permite clientului să se distanţeze de „prea-plinul" experienţei, evitând verbalizarea fără sfârşit, explicaţiile şi interpretările. Obiectivul acestor exerciţii este de a activa pacientul să-şi asume responsabilitatea propriilor decizii, alegeri, dorinţe, temeri sau slăbiciuni. Dacă iniţial pacientul îşi descrie în mod impersonal emoţiile, trăirile şi problemele atunci discursul trebuie în primul rând personalizat, prin asumarea pronumelui „Eu". Întrucât deseori pacienţii evită să-şi asume propriile gânduri şi pun întrebări, li se cere să reformuleze interogaţiile sub formă de afirmaţii.

Terapeutul utilizează preponderent interogaţii orientate, directive şi evită întrebările care îl provoacă pe client să se justifice, să explice ori să interpreteze cele spuse (*apud* Mitrofan, 2000).

Utilizarea anumitor cuvinte şi formule lingvistice ilustrează stilul cognitiv al pacientului. Expresii precum: „trebuie / nu pot / mi-e frică / nu sunt capabil să", contribuie substanţial la apariţia şi menţinerea stărilor de ineficienţă, neajutorare, insatisfacţie şi nemulţumire faţă de sine şi faţă de cei din jur. După ce sunt identificate aceste expresii se trece la înlocuirea lor cu altele funcţionale: „aleg să" în loc de „trebuie", „nu voi face un anumit lucru" în loc de „nu pot", „mi-ar place să" în loc de „mi-e frică", „nu doresc să depun atâta efort" în loc de „nu sunt capabil să". Acest exerciţiu necesită repetiţii multiple în timp şi presupune formarea unui nou set mental.

Dezvăluirea emoţiilor reprimate

Muriel Schiffman (1971) a propus o metodă experenţială de reactualizare a emoţiilor negative reprimate care influenţează încă trăirile şi comportamentele din prezent. Gestalt-terapia nu analizează „acţiunea nefinalizată" („unfinished business"), ci caută reactualizarea, reexperimentarea şi rezolvarea ei. Când pacientul se confruntă cu o emoţie disfuncţională intensă (furie, depresie, anxietate) paşii de urmat sunt:

1) aprofundarea şi trăirea deplină a emoţiei respective;

2) căutarea emoţiilor secundare (adesea plictiseala maschează depresia, dependenţa - sentimentul de mânie, simptomatologia somatică – anxietatea, furia acoperă teama);

3) conştientizarea a cât mai multor trăiri, chiar dacă superficiale şi dificil de acceptat social / moral (de exemplu iritarea faţă de prietenul care nu a reuşit să te înveselească, ori senzaţia de satisfacţie atunci când cineva a avut un eşec etc.);

4) re-experimentarea trăirilor timpurii pentru a evidenţia legătura dintre trecut şi sentimentele prezente. „Ce anume îţi reamintesc aceste emoţii şi situaţii de acum?", „Care sunt primele experienţe similare trăite?". Acest lucru se poate realiza prin: descrierea verbală a situaţiilor trecute şi a celor actuale; retrăirea în imaginar a situaţiilor din trecut şi a celor din prezent; notarea emoţiilor curente şi ulterior recitirea lor pentru a vedea ce amintiri evocă; sau

preluarea unei emoţii intense (din realitate, dintr-un film, ori o carte) şi explorarea legăturii dintre aceasta şi sentimentele reale din experienţa personală (Schiffman, 1971). Experenţierea deplină a acestor emoţii ascunse facilitează conştientizarea modului în care ele influenţează încă prezentul.

5) după utilizarea repetată, pe parcursul mai multor săptămâni, a acestor proceduri, se identifică pattern-ul emoţional al pacientului, de exemplu: atitudinea pasivă, evitantă sau indiferentă, în locul atitudinii active, de rezolvare a problemelor, reprimarea şi neexprimarea furiei, negarea şi evitarea conştientizării anumitor emoţii etc. În acest mod se extinde autocontrolul asupra reacţiilor emoţionale, cognitive şi comportamentale în situaţiile viitoare.

Analiza viselor

Dacă S. Freud considera visul drept „calea regală spre inconştient", F. Perls susţine că acesta reprezintă „calea regală spre integrare". Analiza viselor este inclusă în gestalt-terapie întrucât se consideră că ele reprezintă „mesaje existenţiale" sau cea mai spontană exprimare a personalităţii umane. Fiecare detaliu al visului reprezintă un fragment al personalităţii, care pentru a deveni integrală, unitară, fără conflicte, presupune reunirea diferitelor fragmente şi proiecţii onirice.

Pentru a ajunge la catharsis, nu este suficientă relatarea conţinutului visului, ci este necesară reactualizarea lui. Clienţii sunt încurajaţi să se relaxeze şi să intre imaginar în decorul oniric, ca şi cum visul s-ar desfăşura chiar în momentul prezent. Focalizându-se asupra senzaţiilor corporale şi a emoţiilor resimţite, el retrăieşte acţiunea şi se identifică pe rând, cu fiecare detaliu, indiferent de aparenta sa insignifianţă. Pacientul se substituie fiecărui obiect sau persoane, în special celor legate de momentul emoţional culminant al visului (Perls, 1969).

Rolul terapeutului este acela al unui regizor: clientul odată intrat în scenariul visului, trebuie ghidat pentru a conştientiza care sunt trăirile, comportamentele, scopurile persoanelor sau obiectelor respective, care nu sunt altceva decât multiple proiecţii ale sinelui. Terapeutul oferă feed-back şi provoacă pacientul să se implice cât mai intens, chiar dacă se confruntă cu scene terifiante ori jenante. Pentru a extrage concluzii şi interpretări valide este necesară analiza mai multor vise şi a componentelor lor: actuala situaţie de viaţă şi reminiscenţele zilei precedente, teme şi motive comune, conflicte psihologice conştiente curente şi conflicte psihologice profunde, inconştiente.

În gestalt-terapie exerciţiile sunt mijloace pentru a facilita conştientizarea pacientului, şi nu scopuri în sine.

XI.4.6. Relaţia terapeutică

În cadrul relaţiei, terapeutul trebuie să se deschidă empatic pacientului, pentru a crea un canal comun de comunicare, să îşi împărtăşească experienţele, folosind acelaşi limbaj şi aceleaşi semnificaţii (Proshaska şi

Norcross, 1994). Abordarea terapeutică este directivă, pentru că nu toţi pacienţii dispun de un nivel intelectual şi de capacitate imaginativă superior dezvoltate.

Psihoterapeutul îl asistă pe pacient să perceapă realitatea ca pe un întreg şi să descopere principiile sale de structurare. Împreună introduc o ordine care să dea sens şi semnificaţie unor experienţe disparate, care la prima vedere par a nu avea nici o legătură între ele. Clienţii sunt asistaţi pentru a trece de la o poziţie de dependenţă (inclusiv faţă de terapeut) la o stare de auto-susţinere adaptativă şi funcţională.

Procesul creativ în gestalt-terapie pune în evidenţă un terapeut artist care trebuie să dispună de o gamă largă de exerciţii care pot fi propuse, deoarece setul de tehnici nu este predeterminat. Terapeutul trebuie să fie o persoană matură, fără a încerca să fie responsabil şi pentru ceilalţi, altfel el va fi uşor de manipulat de către clienţii care îi vor solicita sprijinul.

XI.4.7. Formatul şedinţelor

Solicitarea terapiei apare mai ales în situaţiile de impas existenţial, crize de identitate, tulburări de adaptare socială, tulburări de alimentaţie, tulburări afective, de personalitate, doliu, dar pot beneficia şi persoanele interesate de optimizarea şi dezvoltarea personală.

Terapia poate fi individuală, de grup, familială, cu o largă adresabilitate: copii, adolescenţi, adulţi, vârstnici, pacienţi cu boli psihice. Durata este variabilă, de la câteva luni la un an sau chiar mai mult, în funcţie de particularităţile clientului, ale problemei şi de terapeut. Şedinţele sunt săptămânale, fără a exista un format tipic. Ele se construiesc în funcţie de spontaneitatea şi creativitatea terapeutului, utilizând tehnici pentru a dezvolta capacitatea de conştientizare a clientului.

XI.4.8. Limite

Legătura istorică pretinsă de F. Perls dintre psihologia gestalt şi terapie se află sub semnul întrebării. El nu a fost acceptat de către reprezentanţii psihologiei-gestalt, iar activitatea sa nu reprezintă o aplicare în domeniul clinic al psihologiei ştiinţifice (Henle, 1978).

Spre deosebire de alte abordări psihoterapeutice, în gestalt-terapie manifestările psihopatologice nu sunt evaluate prin teste şi interviuri înainte de a începe terapia, ceea ce reduce considerabil din valoarea dezvoltării unei teorii asupra psihopatologiei.

Din perspectivă behavioristă, o altă critică are ca obiect absenţa unui model sistematic al comportamentului uman. Apoi, nu s-a dovedit empiric faptul că dezvoltarea conştientizării are ca rezultat cert adaptarea funcţională a pacientului. Este posibil chiar ca în anumite situaţii, aceasta să întârzie şi să blocheze depăşirea crizei şi ameliorarea personală.

Controverse a ridicat şi relaţia pacient-terapeut, care are un caracter prea vag şi nu este suficient de bine precizată, lăsând loc interpretărilor subiective personale (Proshaska şi Norcross, 1994).

XI.4.9. Tendinţe

În vreme ce gestalt-terapia clasică se focaliza în special pe dezvoltarea conştiinţei de sine şi dobândirea armoniei dintre individ şi mediul său, terapia contemporană se centrează pe conştiinţa relaţiei cu sinele, cu ceilalţi, cu lumea, punându-se un accent mai puternic pe natura relaţiei terapeutice.

În abordările eclectice este indicată utilizarea tehnicilor din gestalt-terapie care au şi susţinere empirică, dincolo de experienţa clinică şi studiile de caz (tehnica scaunului-gol, Paivio şi Greenberg, 1995).

XI.5. PERSPECTIVE

Influenţa existenţialismului în istoria ştiinţelor umaniste - dar şi în psihoterapie – este de necontestat; conceptele sale de bază – semnificaţie, libertate, responsabilitate, autenticitate, decizie – au fost încorporate în majoritatea sistemelor psihoterapeutice contemporane şi stau la baza practicii clinice, fără a fi recunoscute în mod explicit. Dezvoltarea sa ulterioară se află însă sub semnul echivocului: absenţa suportului empiric o va îndepărta din paleta serviciilor oferite populaţiei, însă atâta timp cât vor mai fi psihoterapeuţi cu orientări filosofice şi clienţi stăpâniţi de anxietatea existenţială, acest sistem se va menţine ca o orientare terapeutică distinctă. Bogata ofertă de terapii de tip scurt, centrate pe problemă, pe soluţii, ş.a.m.d. poate – în mod paradoxal – stimula dorinţa clienţilor de a se angaja într-o terapie profundă, pe termen lung, care le permite să îşi exploreze viaţa interioară într-o manieră comprehensivă.

Capitolul XII

TERAPIA FEMINISTĂ

Zsuzsanna Szabo

XII.1. Fundamentele terapiei feministe
XII.1.1. Trăsături generale ale terapiei feministe

XII.2. Coduri etice şi principii ale terapiei feministe

XII.3. Tehnici ale terapiei feministe în practica psihologică
XII.3.1. Analiza rolului de gen
XII.3.2. Analiza puterii
XII.3.3. Trainingul asertiv
XII.3.4. Reîncadrare şi reetichetare

XII.4. Aplicaţii ale terapiei feministe în cadrul altor terapii
XII.4.1. Terapia psihanalitică feministă
XII.4.2. Terapia feministă cognitivă şi comportamentală
XII.4.3. Terapia feministă gestaltistă
XII.4.4. Terapia feministă de familie

XII.5. Consideraţii finale

XII.1. FUNDAMENTELE TERAPIEI FEMINISTE

Terapia feministă nu reprezintă o şcoală în sine precum terapia cognitivă, comportamentală sau Gestaltistă. Terapia feministă este în fapt o modalitate de abordare a terapiei, o structură conceptuală fundamentată pe o valoare filosofică. Din acest motiv poate fi legată de alte orientări din domeniul psihologiei şi poate fi utilizată adiţional altor tehnici terapeutice cum ar fi cele caracteristice terapiei cognitiv-comportamentale, umaniste sau metodelor analitice.

Mişcările feministe de liberare a femeii din 1960, în Statele Unite au reprezentat punctul de început pentru dezvoltarea teoriei feministe în cadrul psihologiei femeii. La începutul anilor 1960, psihoterapiile tradiţionale au fost criticate şi considerate ca fiind inadecvate pentru femei dar şi pentru că frecvent blamau femeile pentru problemele lor (Cammaert şi Larsen, 1988). Mişcările de liberare a femeii aveau ca ţel schimbări de natură socială, politică şi culturală. Ca punct de început al terapiei feministe pot fi considerate grupurile de *„ridicare a conştiinţei"* (consciousness-raising, CR), grupuri fără o ierarhie bine definită în cadrul cărora femeile discutau experienţa personală ca femei în societate. Discuţiile din acea perioadă au pus sub semnul întrebări două asumpţii curente la acea dată: (a) distresul emoţional al femeilor este de natură personală şi (b) acest distres poate fi vindecat doar de către un expert (Greenspan, 1993). Aşa cum arătam mai sus, teoria feministă nu a fost dezvoltată de către o singură persoană, ci este rezultatul colaborării mai multor intelectuali, cercetători şi practicieni. Câteva nume prominente pot fi citate, autori a căror cercetări şi publicaţii au fost esenţiale pentru dezvoltarea teoriei feministe. Laura S. Brown (1988, 1990, 1991, 1994, 2000, 2006) s-a focalizat pe teme legate de etica feministă, antirasism şi alte forme de oprimare a femeilor. De asemenea, Judith Worell (Worell, 2001; Worell şi Remer, 1992, 2003; Worell şi Johnson, 1997; Worell şi Johnson, 2001) şi-a concentrat publicaţiile pe teme legate de terapia feministă şi evaluarea rezultatelor în urma terapiei feministe.

Teoria feministă actuală îşi are rădăcinile în examinarea rolului psihosocial al femeii în societatea contemporană. Cu toate eforturile ideologice şi legiferarea egalităţii femeii cu bărbatul, în societatea contemporană femeile se dezvoltă într-o societate în care au rolul principal de mamă şi soţie, în timp ce bărbatul este încă privit a fi capul familiei şi conducătorul social, politic şi economic. Mesajele media din societate încă şi acum încurajează femeile să se dezvolte într-un mod care este mai degrabă plăcut şi atractiv pentru bărbaţi. Întreaga dezvoltare, socializare şi existenţă a femeii în societatea contemporană este încă puternic sub dominaţie masculină (probabil în mod mult mai subtil în societăţi economice avansate, dar totuşi existentă şi în acestea). În ultimii 10 sau 15 ani ideile feministe s-au extins şi nu se mai axează doar asupra problemelor femeilor, ci iau în considerare şi probleme rasiale, multiculturale şi cele legate de orientarea sexuală.

XII.1.1. Trăsături generale ale terapiei feministe

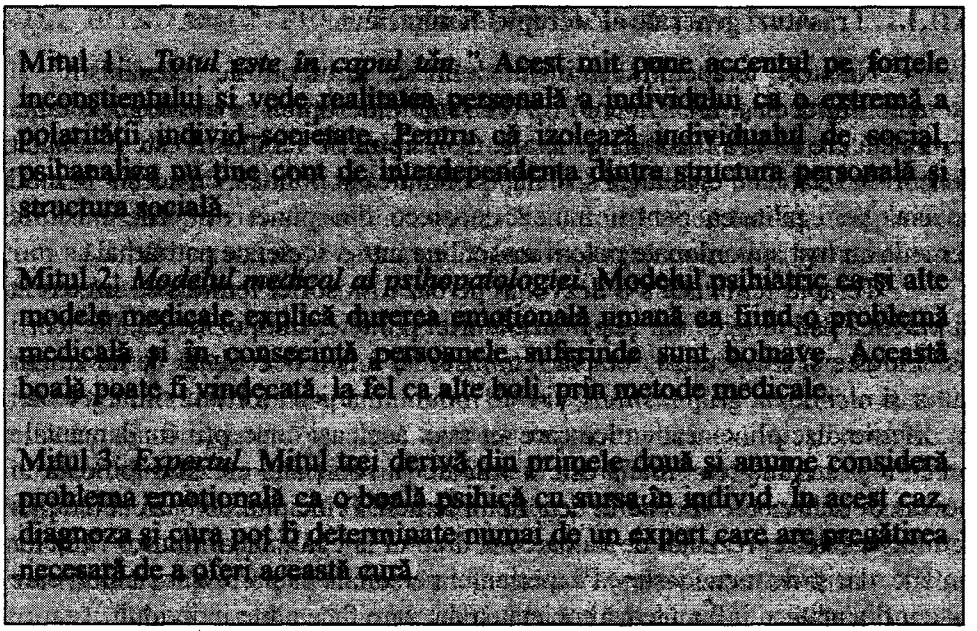
Nu toţi terapeuţii feminişti definesc termenii de „feminism" şi „terapie" în acelaşi fel. Dincolo de diferenţele de opinii şi ideologii, terapia feministă are câteva trăsături generale. Conceptul de feminism este prezentat deseori în relaţie cu egalitatea socială, economică şi politică, cu accent în mod special pe egalitatea pentru femei, deoarece din punct de vedere istoric femeile au fost subordonate puterii masculine într-o societate patriarhală.

Terapia feministă s-a dezvoltat pe baza filosofiei feministe, din teoria şi practica psihologică dar şi pe baza teoriei politice. În opoziţie cu alte teorii psihologice şi terapeutice, terapia feministă nu a fost dezvoltată de un singur autor şi nici de un grup restrâns, ci este rodul muncii şi efortului multor femei în diferite discipline academice care au avut aceleaşi concepţii fundamentale precum şi credinţa că femeia este o valoare în societate, crezând totodată în nevoia de schimbare socială în beneficiul femeii. Principiul de bază al terapiei feministe este reprezentat de valoarea şi dreptul la egalitate al tuturor fiinţelor umane, dar şi de recunoaşterea experienţei personale ca parte a socialului care este influenţată şi influenţează societatea din care face parte individul.

Tranziţia de la filosofia feministă înspre terapia feministă a fost evidenţiată şi dezbătută frecvent de psihologi. Carter şi Rawlings (1977) au dezvoltat câteva principii care stau la baza terapiei feministe, dintre acestea primul atrage atenţia asupra diferenţei de putere dintre femei şi bărbaţi în societate, bărbaţii având puterea majoritară în domeniul social, politic şi economic. Această putere determinând statusul inferior al femeii în cele trei domenii. Al doilea principiu important în terapia feministă a fost descris de Carter şi Rawlings în relaţie cu psihopatologia femeilor care în fapt este cauzată de surse externe, de natură socială şi nu de natura personală, internă (precum a fost definită în terapia tradiţională, folosind modelul masculin, patriarhal).

Drepturile egale şi discriminarea femeilor au fost subiecte tabu de-a lungul timpului, chiar şi după mişcarea feministă din 1960 în America. Abia la mijlocul anilor 1970 biasul şi stereotipicarea sexuală a clientului de către terapeut a fost oficial recunoscută de către A.P.A. (American Psychologycal Association, 1975). De asemenea, la sfârşitul anilor 1970 (American Psychologycal Association, 1979), Divizia 17 de Consiliere Psihologică a A.P.A., a adoptat principii oficiale conform cărora terapeuţii care servesc clientele de sex feminin au obligaţia de a avea cunoştinţe, atitudini şi abilităţi specializate. Urmând ca la începutul anilor 1980, relaţia sexuală dintre client şi terapeut să fie formalizată precum un comportament lipsit de etică (American Psychologycal Association, 1981).

Greenspan (1983) analizând din punct de vedere feminist terapia psihanalitică a lui Freud, atrăgea atenţia asupra a trei mituri ale terapiei psihanalitice tradiţionale:


Mitul 1: *Totul este în capul său.* Acest mit pune accentul pe forțele inconștientului și vede realitatea personală a individului ca o extremă a polarității individ-societate. Pentru că izolează individualul de social, psihanaliza nu ține cont de interdependența dintre structura personală și structura socială.
Mitul 2: *Modelul medical al psihopatologiei.* Modelul psihiatric ca și alte modele medicale explică durerea emoțională umană ca fiind o problemă medicală și în consecință persoanele suferinde sunt bolnave. Această boală poate fi vindecată, la fel ca alte boli, prin metode medicale.
Mitul 3: *Expertul.* Mitul trei derivă din primele două și anume consideră problema emoțională ca o boală psihică cu sursa în individ. În acest caz, diagnoza și cura pot fi determinate numai de un expert care are pregătirea necesară de a oferi această cură.

Miriam Greenspan (1983) atrăgea atenția asupra faptului că în relația dintre terapeut și client, prin procesul de analiză a problemelor trecute și curente ale clientului, terapeutul oferă un loc și o modalitate clientului de a-și vedea propria viață din puncte de vedere diferite. Mitul expertului, detașat de client și problemele sale (în special în psihanaliză), nu face decât să nege faptul că terapeutul însuși intră în procesul terapeutic cu propriile idei, stereotipii și concepții eronate pe care le reflectă spre client. În fapt, argumentează Greenspan, nimic nu este total neutru în relația terapeut-client. Spre exemplu, când un client își dezvăluie în terapie natura homosexuală, dacă terapeutul consideră homosexualitatea ca un act deviant și abominabil este inevitabil ca terapeutul să nu dezvăluie aceste credințe personale prin emoțiile, comunicarea verbală sau corporală în timpul ședințelor de terapie (Greenspan, 1983, p. 27). De asemenea, în special lucrând cu femei în poziția de client, terapia bazată pe un sistem paternal, unde terapeutul este considerat expert, având abilități și puterea de a vindeca durerea psihologică emoțională, în fapt terapeutul nu face decât să forțeze femeia să-și abandoneze chiar și ideea de putere personală. În cele din urmă orice terapie care conține chiar și unul din cele trei mituri are ca rezultat un oarecare eșec în special atunci când clientela este feminină. Soluția, spune Greenspan, este reprezentată de adoptarea unei noi metode de a privi femeile și terapia. Dar înainte de a adopta o nouă viziune asupra terapiei care implică femeile este necesar a fi conștient de natura femeii și în același timp de natura societății în care trăiește femeia. Femeia, în marea majoritate a societăților contemporane se dezvoltă într-o societate dominată de bărbat, societate în care femeia trebuie să se adapteze la dominația și puterea masculină. Această masculinitate a societății este reflectată în procesul terapeutic unde emoțiile, compasiunea, empatia,

intuiţia şi căldura emoţională, atât de necesare terapiei, sunt toate, din punct de vedere cultural, calităţi „feminine". Terapia tradiţională are tendinţa de a ignora sau descalifica aceste calităţi feminine în acelaşi timp accentuând calităţile „masculine", în special în domeniul cunoaşterii intelectuale, disciplinei, controlului şi a distanţării emoţionale.

XII.2. CODURI ETICE ŞI PRINCIPII ALE TERAPIEI FEMINISTE

Către sfârşitul anilor optzeci ai secolului trecut, din nevoia de a prezenta şi defini terapia feministă în comparaţie cu alte tipuri de terapii, prin Institutul de Terapie Feministă (Feminist Therapy Institute, 1987), au fost dezvoltate coduri etice pentru terapia feministă. De asemenea, Cammaert şi Larsen (1988) au identificat câteva principii fundamentale ale terapiei. Codul etic al terapiei feministe (Feminist Therapy Institute, 1987), oferă un ghid de gândire atunci când terapeutul feminist se confruntă cu diferite situaţii terapeutice. Terapia feministă fiind un mod de abordare, consideră valide toate codurile etice corespunzătoare altor tipuri de terapii, atunci când este folosită în conjuncţie sau adiţional la o terapie clasică. În acest sens, codurile au fost dezvoltate ca fiind adosuri utilizate alături de alte coduri etice profesionale. Din această cauză codurile etice ale terapiei feministe nu acoperă topici legate de terapii particulare, coduri pe care le acceptă. Ca adaos, codul etic feminist a fost fundamentat pe cinci mari categorii cu importanţa generală în terapia feministă:

1. Diversitatea culturală şi oprimarea. Terapeutul feminist se face accesibil clientelei care provine din grupuri diverse. În acelaşi timp este conştient de propriile caracteristici şi are drept scop particular respectarea diferenţelor culturale şi experienţelor diferite ale clienţilor. Terapeutul este conştient şi acceptă responsabilitatea de a acţiona prin înfruntarea şi schimbarea prejudecăţilor şi a oricăror acte de opresiune faţă de client.

2. Diferenţele de putere. Terapeutul feminist recunoaşte diferenţele de putere în relaţia cu clientul său şi modelează eficient utilizarea puterii în folosul clientului. Terapeutul feminist dezvăluie clientului informaţii care facilitează procesul terapeutic. Negociază şi renegociază contractele formale şi informale într-un proces continuu şi mutual, educând clienţii în ceea ce priveşte drepturile lor ca beneficiari ai procesului terapeutic din toate punctele de vedere.

3. Relaţii care se suprapun. Terapeutul feminist recunoaşte complexitatea şi posibilele conflicte care apar în relaţiile ce se suprapun, de aceea terapeutul acceptă responsabilitatea de a observa şi preveni potenţiale abuzuri. Terapeutul feminist este activ în comunitatea din care face parte, dar în acelaşi timp este senzitiv în ce priveşte confidenţialitatea şi pune clientul pe primul loc, cenzurând-şi afirmaţiile publice sau private. Având în vedere relaţiile conflictuale care pot apărea terapeutul feminist nu se implică în relaţii intime, sexuale (publice sau private) cu un client din prezent sau din trecut.

4. Responsabilitatea terapeutului. Terapeutul feminist lucrează doar cu problemele şi în domeniul în care are pregătire şi abilităţi adecvate. Terapeutul feminist îşi evaluează abilităţile şi îşi îmbunătăţeşte cunoştinţele şi abilităţile în permanenţă. Foloseşte dezvoltarea profesională şi colaborarea cu colegii din profesie, de asemenea şi terapia personală cu scopul de a-şi îmbunătăţi calităţile ca terapeut. Îşi recunoaşte limitele profesionale, emoţionale şi vulnerabilităţile, recurgând la îngrijirea şi rezolvarea problemelor personale în afara sesiunilor terapeutice cu clientul.

5. Schimbarea socială. Terapeutul feminist îşi menţine curiozitatea şi observaţia critică a practicilor terapeutice din comunitatea din care face parte, punând sub semnul întrebării practicile care par a fi abuzive, iar atunci când este posibil intervine în mod potrivit în aşa fel încât ajută dezvoltarea clientului. Terapeutul feminist caută diverse modalităţi de a aduce schimbarea prin educaţie publică, participare activă în organizaţii profesionale şi alte activităţi adecvate.

Cammaert şi Larsen (1988) au dezvoltat *principiile* terapiei feministe în aceeaşi linie cu codul etic. Întâi de toate, primul principiu vizează faptul că problemele personale au aspect politic, în sensul că experienţele personale sunt influenţate şi în acelaşi timp sunt o reflecţie a societăţii în care trăieşte individul. Al doilea principiu, este legat de libertatea femeilor de a-şi trăi viaţa bazată pe multitudinea opţiunilor şi a deciziilor pe care femeile pot să le ia. Principiul trei, se axează pe echilibrarea forţelor în relaţiile interpersonale, prin recunoaşterea dreptului la respect şi a egalităţii de putere între persoanele implicate în relaţie. Al patrulea principiu, se axează pe importanţa terapeutului de a fi un model în ce priveşte valoarea feminină şi terapeutică. Principiul cinci, vizează acţiunea terapeutului ca specialist care ajută femeile să înfrunte stereotipiile rolului sexual şi să se împlinească la potenţialul lor maxim. Iar ultimul principiu, se referă la acţiunea terapeutului ca agent social, care acţionează asupra societăţii prin construirea unui sistem de care să beneficieze toate femeile. Autorii subliniază faptul că terapeuţii feminişti de gen feminin, datorită experienţei, trăind ca femeie în societate şi datorită faptului că au avut experienţa unui dublu status (în relaţie cu un supervizor şi ca terapeuţi faţă de clienţi), sunt în general mai senzitive în a înţelege efectele puterii folosite inadecvat, sunt mai înclinate să utilizeze terapia feministă şi să fie mai conştiente de problemele pe care le prezintă femeile în mod particular.

Cercetarea condusă de Moradi, Fisher, Hill, Jome şi Blum (2000) a arătat, în primul rând, că terapeuţii care se auto-categorizează ca fiind terapeuţi feminişti demonstrează că folosesc tehnici terapeutice care reflectă noţiunea de individ ca persoană politică. De asemenea, a doua caracteristică a acestor autointitulaţi terapeuţi feminişti este că se disting de ceilalţi terapeuţi prin faptul că oferă mai multă atenţie problemelor legate de oprimare (ex., sexuală, rasială) şi problemelor de socializare. A treia trăsătură caracteristică

este că terapeuţii feminişti utilizează terapia feministă tot atât de des când au clienţi bărbaţi ca şi atunci când clienţii sunt femei.

În ceea ce priveşte relaţia egalitară terapeutică şi percepţia distribuirii puterii între terapeut şi client, Rader şi Gilbert (2005) au rugat 42 terapeuţi să completeze un chestionar privind măsura în care au folosit sau nu terapia feministă şi măsura în care au distribuit puterea în terapie; de asemenea autorii au cuprins în studiu câte unul din clienţii fiecărui terapeut care, la rândul lor, au completat chestionare referitoare la colaborarea dintre terapeut şi client şi distribuţia puterii în terapie. Rader şi Gilbert au identificat o corelaţie semnificativă între nivelul la care terapeuţii s-au declarat a fi terapeuţi feminişti, folosind metodele terapiei feministe şi nivelul de distribuire a puterii. Rezultatele arată că terapeuţii feminişti au un nivel mai ridicat al distribuirii puterii comparativ cu alţi terapeuţi care nu se declară feminişti sau nu utilizează terapia feministă. În aceeaşi măsură, clienţii terapeuţilor feminişti au declarat că au avut experienţa terapeutică de distribuire a puterii, mai puţin însă a fost prezentă această declaraţie la clienţii celorlalţi terapeuţi.

Problema relaţiei dintre terapeut şi client a fost dusă la un nivel superior când Fassinger (1997) studia procesul de îndrumare (*mentoring*), aspectul relaţional şi al distribuiri puterii în cadrul relaţiei dintre supervizor şi supervizat în contextul procesului de îndrumare al noilor terapeuţi. În cadrul stilului de mentorat feminist propus de Fassinger, mentorul recunoaşte diferenţele de putere dintre mentor şi cel supervizat şi în acelaşi timp îşi propune să utilizeze puterea astfel încât să împuternicească supervizatul şi să o/îl ajute să îşi dezvolte calităţile ca terapeut. Benishek, Bieschke, Park şi Slattery (2004) au dezvoltat metoda feministă de mentorat a lui Fassinger introducând conceptul de model multicultural feminist în mentorat. Autoarele au implicat dimensiunea multiculturală în modelul de mentorat mai ales datorită diversităţii noilor terapeuţi (din punct de vedere rasial, etnic, socio-economic, orientărilor sexuale, religioase etc.).

XII.3. TEHNICI ALE TERAPIEI FEMINISTE ÎN PRACTICA PSIHOLOGICĂ

Deşi există descrieri şi principii fundamentale care descriu terapia feministă, totuşi nu există o terapie aşa cum înţelegem în general, adică o anume metodă terapeutică; cu toate acestea terapia feministă se extinde asupra mai multor profesii cum ar fi: psihologia, psihiatria, asistenţa medicală, asistenţa socială şi altele. Putem astfel spune că terapia feministă este pe poziţie de aditiv, în multe programe profesionale şi metode / tehnici terapeutice. De fapt, putem vorbi de terapii feministe, la plural, deoarece aceasta este o abordare terapeutică în cadrul altor terapii tradiţionale. Din punct de vedere al abordării, Enns (1997) face distincţie între trei tipuri majore ale terapiei feministe: terapia feministă radicală, terapia feministă

liberală şi terapia nonsexistă. Primele două tipuri (terapia radicală şi liberală) au în comun accentul pe care îl pun pe natura politică a persoanei şi pe nevoia de a schimba structura socială. Ambele acceptă importanţa furiei ca răspuns corespunzator la presiunile sociale şi consideră psihopatologia ca rezultat al dezvoltării individului într-o societate discriminatorie. Ambele sprijină necesitatea examinării diferenţelor de putere dintre terapeut şi client, cât şi importanţa divulgării personale în cadrul terapiei. Prin contrast, terapia nonsexistă nu se focalizează pe schimbarea socială, furia ca răspuns sau probleme de putere, în schimb se concentrează asupra suportului acordat terapeutului pentru a-şi conştientiza propriile valori şi de a adopta o atitudine egalitară atunci când ajută clienţii în cadrul terapiei. Cu toate că există aceste caractersitici diferenţiate, suprapunerea lor este mult mai mare decât diferenţa dintre ele. Din această cauză mulţi terapeuţi nu doresc să facă distincţie între diversele tipuri de terapie feministă concentrându-se asupra calităţilor fundamentale şi vorbind în general despre terapia feministă.

Worell şi Remer (1992) descriu câteva metode care sunt relevante şi bazate pe principiile şi codul etic al terapiei feministe: analiza şi intervenţia pentru rol de gen, analiza puterii, trainingul asertiv, reîncadrare şi reetichetare.

XII.3.1. Analiza rolului de gen

Analiza rolului de gen este una dintre trăsăturile de bază ale terapiei feministe. Această analiză are importanţă diagnostică în procesul terapeutic şi este strâns legată de aspectul social. În procesul de analiză, clientul învaţă despre impactul social, normele culturale şi expectanţele sociale cărora sunt supuse femeile şi modul în care acestea le afectează în mod negativ (Remer şi Worrell, 1992). Procesul de analiză continuă cu evaluarea comportamentul simbolic al clientului şi identifică rolurile pe care clientul le percepe a fi potrivite pentru o femeie şi pentru un bărbat. Terapeutul ajută clientul să-şi examineze valorile personale şi apoi modul în care aceste valori personale sunt reflectate în expectanţele de rol pentru sine şi pentru ceilalţi. Terapeutul examinează eventuale stereotipuri de rol cu care clientul a venit în contact în dezvoltarea personală şi în societate. În cele din urmă sunt evaluate atribuirile personale şi declaraţiile pe care clientul şi le autoadministrează şi care sunt bazate pe aceste credinţe stereotipe (Brown, 1986; Cammaert şi Larsen, 1988; Dambrot şi Reep, 1993; Remer şi Worrell, 1992). Terapeutul ajută clientul să identifice mesajele explicite şi implicite legate de rolul sexual pe care clientul l-a trăit şi internalizat pe parcursul vieţii (Bem, 1983). Apoi clientul este ajutat să dezvolte un plan de schimbare. Analiza poate fi condusă în diferite modalităţi însă totdeauna trebuie să aibă ca scop identificarea mesajelor pe care clientul le-a primit pe parcursul vieţii şi care a fost impactul lor. Spre exemplu, o femeie care prezintă simptome de depresie, aceasta ar putea avea rădăcini adânci care provin din educaţia primită în familie unde un tată tiran a făcut-o să se simtă inferioară, lipsită de valoare, fără nici o putere de a

schimba situaţiile deprimante, dar pot fi şi alte cauze prezente, legate de pierderea locului de muncă, soţul abuziv şi datorii mari.

Spre deosebire de terapiile cognitive-comportamentale sau raţional-emotive (R.E.B.T.), credinţele clientului în terapia feministă nu sunt privite ca fiind „iraţionale", ci sunt văzute ca o reflecţie a problemei în care societatea vede şi limitează rolul persoanei sau al femeii precum în exemplul anterior. În terapia feministă clienţii învaţă că ei nu au făcut decât să utilizeze metode de adaptare la un sistem social, ceea ce a făcut să se perpetueze distresul psihologic (Sturdivant, 1980). Terapia feministă ajută clientul să descopere aceste mecanisme de adaptare şi să dezvolte roluri care, probabil nu sunt prescrise de societate, dar care au efectul de împuternicire personală.

XII.3.2. Analiza puterii

Analiza puterii se bazează pe dezvoltarea conştientizării clientului că femeia şi bărbatul au puteri diferite în societate (Worell şi Remer, 1992). Odată ce clientul conştientizează aceste diferenţe de putere socială, primul pas este ca femeia / clientul să dea un nume acestei puteri (putere fizică, legală, psihologică etc). Al doilea pas constă în discutarea naturii şi accesului la putere; se ştie că femeia şi bărbatul în societatea contemporană pot avea diferite nivele de acces la putere, iar percepţia acestui acces este de asemenea diferit. Al treilea pas este examinarea diferitelor căi prin care această putere poate fi folosită pentru a aduce schimbările dorite de către client. În următorul pas (patru), clientul analizează mesajele legate de rolul de gen care pot interfera cu utilizarea puterii. În ultimul pas (cinci), clientul poate folosi diferite strategii de aplicare a puterii care sunt potrivite cu situaţiile care le prezintă. Analiza puterii este o tehnică ce necesită planificare şi urmărire.

XII.3.3. Trainingul asertiv

Pentru că femeile în special nu se simt puternice, frecvent nu sunt asertive, în special pentru că societatea percepe o femeie asertivă ca fiind agresivă sau recurgând la un act de agresiune. Asertivitatea este o caracteristică comună şi aşteptată la un bărbat, dar atunci când o femeie este asertivă ea este privită ca fiind guralivă, prea îndrăzneaţă sau chiar agresivă. Asertivitatea poate fi învăţată de către clienţi pentru a-i ajuta să nu se simtă deprimaţi, frustraţi, furioşi sau fără putere. Jakubowski (1977) a făcut diferenţierea dintre termenul de comportament asertiv, pasiv şi agresiv (vezi şi cap. V.5.7.). A fi asertiv înseamnă a lupta pentru drepturile personale fără a încălca drepturile altei persoane. Comportamentul asertiv este clar şi direct. O persoană agresivă este cea care insistă şi luptă pentru drepturile personale şi în acelaşi timp violează drepturile altei persoane. Spre exemplu, când un coleg vine şi fără a te întreba îţi ia un manual din care trebuie să înveţi, poţi să te adresezi colegului în trei moduri:

Pasiv: Nu-i nimic, fac eu ce pot.
Asertiv: Te rog nu lua cartea fără să mă întrebi. Am nevoie de carte ca să mă pregătesc pentru examen. Dacă ai nevoie de carte, mai bine spune-mi şi pot să ţi-o împrumut în zilele când nu învăţ din ea.
Agresiv: Nu e cartea ta, şi să nu te mai prind că umbli printre lucrurile mele!

Terapeutul şi clientul pot face exerciţii pentru a învăţa care este modul potrivit de a răspunde sau a întreba ceva în mod asertiv şi care este diferenţa dintre cele trei moduri. Spre exemplu, terapeutul poate utiliza tehnica scaunului gol prezentată mai jos (vezi şi subcap. XI.4.5.).

XII.3.4. Reîncadrare şi reetichetare

Reîncadrarea (*reframing*, Worell şi Remer, 1992, p. 102), se referă la schimbarea punctului de vedere în evaluarea unui anumit comportament sau situaţie. În mod specific terapiei feministe, reîncadrarea se referă la schimbarea blamării sinelui prin reflectarea şi analizarea situaţiilor sociale pentru a găsi un răspuns sau o explicaţie. În societatea vestică contemporană unde doar femeia cu trăsături lungi şi înguste este considerată frumoasă, împreună cu mesajele media care încurajează şi standardizează trăsături precum supleţea corpului, devierea de la standardul expectat poate produce sentimente de frustrare şi depresie la femeile care au mai multe kilograme decât este aşteptat prin norma socială şi culturală. Spre exemplu, o studentă corpolentă comparativ cu norma generală, poate deveni deprimată şi cu sentimente de lipsă de valoare personală. Terapia feministă poate să o ajute să diferenţieze valoarea personală de aspectul fizic şi să o ajute să analizeze (fără emoţii) mesajele pe care le primeşte din societate. Prin aceasta face o reîncadrare, o schimbare a punctului de vedere, reevaluându-şi valoarea ca persoană şi reetichetează sentimentele de tip frustrare în faţa presiunilor de a fi slabă care provin din societate.

După cum se poate observa din exemplele anterioare accentul în terapia feministă este pus pe rolul de gen şi pe efectul social al problemei.

XII.4. APLICAŢII ALE TERAPIEI FEMINISTE ÎN CADRUL ALTOR TERAPII

Aşa cum s-a menţionat mai sus terapia feministă este o abordare terapeutică de regulă integrată în alte terapii, ţinându-se cont de două principii generale: 1. genul persoanei este central pentru viaţa individului şi 2. faptul că individul este parte a societăţii şi a culturii în care trăieşte. Mai jos sunt prezentate câteva exemple ale utilizării terapiei feministe.

XII.4.1. Terapia psihanalitică feministă

Terapia feministă a criticat de la bun început teoria lui Freud în care femeile erau privite ca fiind pasive, masochiste şi dependente. Karen Horney (1966) a criticat conceptul lui Freud de gelozie faţă de penis, propunând gelozia uterină, iar Eichenbaum şi Orbach (1983) au propus conceptul de gelozie a sânilor (pentru că un copilul are mai frecvent contact cu sânii femeii decât cu penisul bărbatului). Minsky (1997) a venit în apărarea psihanalizei atrătând că este o terapie portivită pentru exploarea inconştientului femeii. Prin examinarea represiei, psihanaliza poate explica de ce rolurile sexuale sunt atât de puternice şi dificile în faţa efortului de a le schimba, iar prin examinarea efectului Oedip, psihanaliza analizează cum se dezvoltă identitatea sexuală şi cum anume este învăţată şi de ce se dezvoltă dominaţia masculină în societate (Enns, 1993; Hayden, 1986).

XII.4.2. Terapia feministă cognitivă şi comportamentală

Enns (1997) a criticat terapia cognitiv-comportamentală pentru că în cadrul acesteia nu se ţine cont de factorii politici şi sociali care afectează viaţa şi existenţa psihologică a clientului. Unele credinţe personale ale clientului sunt privite ca fiind gânduri iraţionale în terapia cognitivă, pe când în terapia feministă acestea sunt analizate din punct de vedere social, politic şi cultural. Ideile inconştiente despre sine pot fi dezvoltate ca o consecinţă a stereotipiilor socio-culturale la care a fost supus clientul de-a lungul vieţii. În terapia feministă socializarea individului în timpul dezvoltării, mesajele pe care un individ le primeşte în timpul vieţii şi stereotipurile culturale în care trăieşte sunt de maximă importanţă în procesul de evaluare patologică şi în procesul terapeutic. Worell şi Remer (1992) sugerează că în locul conceptului de gândire iraţională, utilizat în etichetarea patologică, terapeuţii feminişti să ajute clientul să exploreze ideile de rol de gen şi ideile stereotipice culturale care par a fi iraţionale, folosind tehnici de reîncadrare şi reetichetare. Terapia feministă caută să exploreze gândirea iraţională în loc de a folosi eticheta şi caută explicaţii prin explorarea situaţiilor sociale, politice şi culturale în care trăieşte clientul. De asemenea, terapia cognitiv-comportamentală a fost criticată pentru lipsa de acces din punct de vedere financiar; factorii socio-economici nefiind luaţi în considerare, aceasta face ca lipsa de surse monetare să oblige potenţiali clienţi să nu participe la terapie.

XII.4.3. Terapia feministă gestaltistă

Terapia gestaltistă şi terapia feministă sunt similare datorită faptului că ambele au ca ţel creşterea puterii personale şi a conştiinţei. Terapeuţii gestaltişti la fel ca şi terapeuţii feminişti încurajează folosirea unui limbaj care semnifică putere şi alegerea/decizia intenţionată a unui comportament (Enns, 1997).

Spre exemplu, atunci când un client agorafobic trebuie să iasă la cumpărături, în loc să își spună „trebuie să ies din casă" este mai eficient și încărcat de putere să își spună „am luat decizia să ies din casă". Metoda scaunului gol folosită în terapia gestaltistă este de asemenea o tehnică utilă în terapia feministă pentru că ajută clientul să își imagineze o situație de confruntare a emoțiilor negate sau neplăcute și împuternicește femeile să verbalizeze emoții pe care nu le-ar verbaliza altfel. În plus, este un mod de a face o repetiție într-un mediu în care clienții pot să se simtă în siguranță. Cu toate că în terapia gestaltistă clientul și problemele sale sunt un întreg, iar metodele de împuternicire sunt corespunzătoare și terapiei feministe, deosebirea dintre cele două terapii constă în faptul că în gestaltism clientul este ajutat să își asume responsabilitate pentru acțiunile sale. Prin comparație, în terapia feministă prin explorarea aspectelor de viață sociale, economie, politice și culturale, clientul poate descoperi că interferența acestor aspecte împiedică dezvoltarea completă a independenței și asumarea totală a responsabilității (Enns, 1997).

XII.4.4. Terapia feministă de familie

Terapia de familie a fost dezvoltată la începutul anilor 1940, dar timp de mai multe decenii a rămas în umbra terapiilor individuale. În contrast cu terapiile comportamentale, cognitiviste, umaniste sau alte terapii axate pe individ, terapia de familie privește problema ca o disfuncție a sistemului reprezentat de familie. În terapia de familie responsabilitatea pentru a aduce o schimbare nu este pusă doar pe seama unui individ (cum este cazul în terapiile individuale), ci întregul sistem familial trebuie să aducă schimbarea și toți cei care sunt parte din acest sistem sunt responsabili. Această perspectivă de a vedea individul ca parte a unui sistem este esențială în terapia feministă. În terapia feministă de familie sistemul format de o familie este considerat integru; fie ca este un cuplu heterosexual sau unisexual, într-o uniune legalizată sau consensuală. Criticând terapia de familie tradițională adepții terapiei feministe de familie subliniază importanța rolului de gen în familie, precum și explorarea dinamică a distribuției puterii în familie (Goodrich, Rampage, Ellman și Halstead, 1988). Membrii familiei trebuie să fie conștienți de rolul de gen personal cât și de stereotipurile formate în familie legate de rolul de gen. Terapeutul știe că genul personal are un anume efect asupra familiei și a terapiei, prin urmare terapeutul este conștient că stereotipia genului este parte din procesul terapeutic. În terapia feministă de familie, terapeutul va ajuta familia să exploreze modul în care membrii familiei sunt priviți de către fiecare persoană din familie, ce fel de dinamică bazată pe rolul de gen este activă în familie și ce efecte produce în comunicarea dintre membrii familiei (Evans, Kincade, Marbley și Seem, 2005).

Distribuirea şi utilizarea puterii în familie este de asemenea un ţel important pentru a fi explorat în terapia feministă de familie. Această abordare porneşte în special de la faptul cunoscut că femeia nu are putere egală cu bărbatul în familie, precum şi în societate, ceea ce contrazice declaraţiile de egalitate în special în societatea modernă vestică. Aşa cum am arătat anterior, terapia feministă pune accent pe caracteristicile socio-politice, economice şi culturale din care face parte individul. În cazul terapiei feministe de familie, explorarea acestor faţete ale familiei, ca sistem integrat într-un sistem social este de importanţă majoră (spre deosebire de terapia de familie tradiţională). Familia este considerată ca fiind un sistem deschis, parte din sistemul social şi afectată de acesta. Responsabilitatea de a aduce schimbarea în sistemul familial este determinată în terapia feministă de către buna funcţionare a familiei, dar în acelaşi timp conştientizând efectele rolului de gen, al puterii în familie şi al influenţei mediului în care familia trăieşte şi se dezvoltă.

XII.5. CONSIDERAŢII FINALE

Terapia feministă ca abordare terapeutică recentă integrează socio-politicul şi efectul rolului de gen în cadrul terapeutic. Aceste noi variabile care merită atenţie şi explorare stau la baza terapiei feministe şi aduc în prim plan o nouă dimensiune care nu a fost explorată în terapiile tradiţionale. Deşi nu este o terapie independentă în sensul clasic al termenului şi nu există un singur autor al teoriei feministe care să reprezinte noua abordare, terapia feministă este unică şi în acelaşi timp aditivă altor terapii. Terapia feministă asociată altor terapii facilitează înţelegerea clienţilor că sunt parte a socialului şi cu un anumit rol de gen format pe parcursul dezvoltării într-o anumită societate.

Axată pe intervenţii care explorează rolul de gen şi puterea, terapia feministă utilizează tehnici specifice şi în acelaşi timp utilizează tehnici ale altor terapii pe care le adaptează în conformitate cu principiile feministe. Deşi numele îi sugerează interesul pentru genul feminin, în ultimele decenii terapia feministă abordează cu succes probleme multiculturale şi caracteristice bărbaţilor sau copiilor.

Terapia feministă continuă să aducă la lumină probleme legate de oprimare indiferent de natura acestora precum şi cele legate de gen, în special. Deşi societatea contemporană prezintă sloganuri care descriu egaliatea între femei şi bărbaţi, rasială, economică şi politică se pare că acestea nu vor duce la dispariţia (sau inutilitatea) terapiei feministe. Pentru că este prea puţin probabil ca diferenţele sociale, economice şi politice să dispară din societatea curentă, nici terapia feminista nu va fi una trecatoare. Probabil cele mai potrivite cuvinte de încheiere ar fi cele scrise de Laura S. Brown (2000) care spunea: „prin esenţa sa terapia feministă, cu accent pe conceptualizarea terapiei ca act politic de rezistenţă este foarte probabil să fie trainică" (p. 378).

Capitolul XIII

TERAPIA DE GRUP

Letiția Filimon

XIII.1. Evoluția terapiei de grup

XIII.2. Modele teoretice

XIII.3. Principii generale ale terapiei de grup
- XIII.3.1. Contractul terapeutic
- XIII.3.2. Operații terapeutice
- XIII.3.3. Legătura terapeutică
- XIII.3.4. Relațiile intrapersonale
- XIII.3.5. Impactul în sesiune

XIII.4. Educarea și pregătirea clienților pentru terapia de grup
- XIII.4.1. Informații oferite clienților
  - XIII.4.1.1. Informații generale în legătură cu terapia de grup
  - XIII.4.1.2. Poate grupul să ajute individul?
  - XIII.4.1.3. În ce constă terapia de grup?
  - XIII.4.1.4. Mituri comune despre terapia în grup
  - XIII.4.1.5. Cum să beneficiezi la maximum de terapia de grup
  - XIII.4.1.6. Depășirea obstacolelor
  - XIII.4.1.7. Expectanțele grupului

XIII.5. Program de intervenție
- XIII.5.1. Criterii în alcătuirea unui program de grup
- XIII.5.2. Grupul antidepresiv interpersonal
  - XIII.5.2.1. Strategii de management

XIII.6. Cercetări privind terapia de grup

Afilierea şi identificarea cu grupul se încadrează în categoria trebuinţelor primare. Apartenenţa individului la grup, voluntară sau nu, îi permite satisfacerea nevoilor, de la cele biologice elementare, până la cele de autorealizare. Există situaţii în care prezenţa în grup se explică prin similaritatea sau complementaritatea membrilor, prin dorinţa de a interacţiona a celor ce au în comun anumite însuşiri, norme, valori şi principii sau probleme. Pe parcursul vieţii, atunci când oamenii au nevoie de ajutor, de aprobare sau de compasiune, caută puncte de sprijin în grupurile primare. Dacă problemele se agravează şi suferinţele devin greu sau imposibil de suportat, dacă resursele personale şi suportul social sunt depăşite de dificultăţi, dacă funcţionarea este semnificativ perturbată, terapia de grup poate oferi o şansă.

Capitolul XIII oferă o imagine de ansamblu asupra psihoterapiei de grup. Sunt prezentate momente semnificative din devenirea acesteia, modelele teoretice care o legitimează, principiile generale.

XIII.1. EVOLUŢIA TERAPIEI DE GRUP

Începuturile valorificării potenţialului terapeutic al grupului se identifică în primul deceniu al secolului trecut în activitatea americanului Joseph H. Pratt care a lucrat cu grupuri de pacienţi suferind de tuberculoză. Intervenţiile sale similare cu cele practicate în grupurile psihoeducaţionale, cognitiv-comportamentale, sau de întrajutorare, urmăreau diminuarea distresului provocat de probleme fizice sau psihologice comune. El a fost urmat de Trigant Burrow căruia i se atribuie termenul de analiză de grup şi derularea psihoterapiei cu pacienţi neinstituţionalizaţi. În primele decenii ale secolului XX, terapia de grup cu pacienţi spitalizaţi s-a desfăşurat pe două direcţii: cea a mediului, ambianţei sau comunităţii terapeutice şi cea a intervenţiilor experimentale. Conceptul de mediu terapeutic atribuit lui Maxwell Jones se referă la rolul de sprijin pe care îl are mediul social în ameliorarea şi vindecarea pacientului. O puternică influenţă în dezvoltarea terapiei de grup a avut-o înfiinţarea în 1948 a Asociaţiei Americane de Psihoterapie de Grup de către Samuel Slavson. Acesta a pus bazele psihoterapiei de grup având ca pacienţi copiii (Alonso, Alonso şi Piper, 2003).

Cel căruia i se atribuie termenul de terapie de grup a fost psihiatrul de origine română Jacob L. Moreno, identificat cu psihodrama, cu jocul de rol, cu trainingul de rol. Cu toate că nu a desfăşurat psihoterapie de grup în mod oficial, Sigmund Freud este recunoscut pentru deschiderile spre problemele şi valenţele terapeutice ale grupului. Concepţia conform căreia grupul este altceva decât suma părţilor sau elementelor sale, că este un întreg cu atribute distincte, utilizarea termenului de dinamici de grup sunt legate de numele lui Kurt Lewin. În timpul şi după al doilea război mondial, necesitatea tratării problemelor mentale ale unui mare număr de persoane, a impulsionat extinderea psihoterapiei de grup. Se remarcă în acest context, concepţia lui Wilfred R.

Bion asupra vieţii mentale a grupului cu propriile stări şi dinamici şi activitatea desfăşurată cu grupul conceptualizat ca întreg (Alonso, Alonso şi Piper, 2003).

XIII.2. MODELE TEORETICE

Asemenea psihoterapiei individuale, psihoterapia de grup se fundamentează pe teoriile ştiinţifice general recunoscute în comunităţile psihologilor din mediile academice sau din cercetare, ori din practica clinică. Cele mai semnificative dintre acestea sunt prezentate în capitolele anterioare. Deşi terapia de grup a fost bazată la originile ei pe principii psihanalitice, astăzi coexistă numeroase abordări teoretice din care izvorăsc diferite strategii, metode şi tehnici de intervenţie terapeutică de grup. Astfel, umbrela psihodinamică ce acoperea teoria psihanalitică clasică, teoria relaţiilor de obiect, psihologia eului şi psihologia selfului este completată de teoriile intersubiective, umanist-existenţiale, abordările de factură feministă, teoriile gestaltiste, analiza tranzacţională, teoriile cognitiv-comportamentale.

XIII.3. PRINCIPII GENERALE ALE TERAPIEI DE GRUP

Faţă de modelul generic al psihoterapiei individuale (Orlinsky, Grave şi Parks, 1994), terapia de grup se diferenţiază mai ales, prin natura procesului psihoterapeutic. În tratamentul individual, componentele rezultă din intervenţia terapeutului în relaţia sa cu clientul. În psihoterapia de grup, situaţia este radical diferită. Participanţii interacţionează şi experimentează atmosfera grupului rezultată din mixarea tuturor contribuţiilor. Calităţile specifice proceselor de grup creează un domeniu de interacţiune mult mai complex decât într-o terapie individuală. Sub aspect tehnic, complexitatea rezultă în principal, din natura intervenţiei şi din relaţia terapeutică. Interacţiunile multidirecţionale schimbă întregul model.

În continuare sunt discutate principiile generice ale terapiei în cadrul grupului mic (*apud* MacKenzie, 1997) incluse în tabelul XIII.1.

XIII.3.1. Contractul terapeutic

Componentele de bază ale contractului terapeutic sunt similare cu cele din psihoterapia individuală. Anumite componente sunt însă schimbate. Liderul grupului prin deciziile privind compoziţia acestuia, poate afecta însăşi natura grupului. Dacă stabileşte un nivel înalt al omogenităţii participanţilor, efectul este direcţionarea spre activităţi de grup şi coeziunea grupului. Omogenitatea interferează cu tatternuri confruntative sau poate spori abilităţile membrilor de a identifica defensele altora. În cazul unor nivele de coping discrepante, grupul rămâne într-o continuă negociere în cursul sesiunilor.

Intervenţia pe durată limitată se organizează cu un număr şi o compoziţie fixă (grup închis). Momentul final este predeterminat.

Mulţi clienţi au rezerve serioase faţă de terapia de grup. Ca atare este necesară o atentă explorare a atitudinilor şi expectanţelor acestora. Intervenţia de grup este destinată dificultăţilor manifestate în relaţiile interpersonale. De aceea, scopurile prioritare sunt antrenarea limbajului interpersonal sau accentuarea prin învăţare, a asertivităţii. Accentul cade în special, pe utilizarea ambianţei de grup în scopul experimentării reacţiilor implicate în raporturile interpersonale, a stimulării manifestărilor interpersonale. Pentru a facilita acest proces, terapeutul trebuie să depună eforturi în vederea înţelegerii normelor constructive de grup. Dacă în intervenţia individuală rolurile sunt bine determinate, în grup este necesară o explorare mai temeinică a rolului de lider şi a felului în care intrarea unui membru devine o componentă terapeutică semnificativă.

Tabelul XIII.1. Principii generice ale psihoterapiei de grup

1. **Contractul terapeutic**: Compoziţia grupului; Grupuri închise; Scopuri interpersonale.
2. **Operaţii terapeutice**: Prezentarea problemelor personale; Procesul de înţelegere a naturii problemelor; Luarea în considerare a întregului grup în determinarea strategiilor de intervenţie; Feed-back multidimensional.
3. **Legătura terapeutică**: Coeziunea grupului; Relaţii multiple.
4. **Relaţii intrapersonale**: Modelarea; Previziunea socială.
5. **Impact în sesiune**: Incidente critice implicând anumiţi membri.

XIII.3.2. Operaţii terapeutice

Operaţiile terapeutice sunt substanţial diferite de cele desfăşurate în cursul procesului diadic. Concentrarea interesului pe ceea ce are loc *aici şi acum* este esenţială, în timp ce în intervenţia individuală, principiul *aici şi acum* nu reprezintă un predictor major al rezultatului. Grupul oferă condiţii de relaţionare mai apropiate de lumea reală, iar manifestările participanţilor rezultă din întreaga ambianţă, nu numai din raportarea la rolul autoritar al terapeutului.

Contextul grupului influenţează toate componentele operaţiilor terapeutice şi interacţiunea lor:

1. Prezentarea problemelor personale provoacă în general o anxietate iniţială mai ridicată în grup decât în intervenţia individuală, probabil datorită anticipării reacţiilor celorlalţi. Climatul de grup influenţează mai mult anxietatea. Atmosfera pozitivă şi receptivă face ca prezentarea şi descoperirea Eului în grup să se facă uşor şi devreme. Acestea pot fi stimulate de modelul comportamental al unora din membrii grupului. Fiecare membru într-o anumită măsură aparţine grupului. În consecinţă, rolul ocupat (ce poate fi schimbat în timp) influenţează autodescoperirea, iar coeziunea grupului şi impactul normelor de grup influenţează modul de prezentare şi natura problemelor dezvăluite în faţa celorlalţi.

2. Pentru înţelegerea naturii problemelor personale, clientul trebuie să ia în considerare pe lângă răspunsul liderului şi reacţiile altor membri. Acest proces de recunoaştere reciprocă a problemelor, tinde să se accelereze în grup datorită prezenţei unor factori terapeutici şi educativi cum ar fi universalitatea problemelor şi altruismul. Tabelul XIII.2. sintetizează factorii terapeutici comuni în toate psihoterapiile de grup (McKenzie, 1997; Yalom şi Leszcz, 2005; Joyce, Piper şi Ogrodniczuk, 2007). Aceşti factori apar numai în contextul grupului, iar alţii care există în relaţia diadică, se manifestă diferit în grup. Odată declanşat, procesul de autodezvăluire şi feed-back în sesiunile de început ale grupului, dinamizează întregul proces. O opinie sau o reacţie a unuia din membri stimulează o diversitate de răspunsuri în grup şi promovează explicit nevoia de integrare a opiniilor. Această situaţie creează un mediu mai flexibil decât în intervenţia individuală. Atmosfera de lucru se schimbă pe măsură ce grupul se dezvoltă. Cu fiecare stagiu apare un nou climat interacţional în care se prezintă alte probleme.

3. Strategiile de intervenţie trebuie să fie privite pe două nivele: la nivelul grupului şi la nivelul liderului. Numărul mai mare de intervenţii este realizat de ceilalţi membri ai grupului nu de terapeut. Aceştia exprimă numeroase interpretări, idei, sugestii, experienţe comune, oferind fiecărui membru avantajele feedback-ului. De multe ori, răspunsurile spontane ale celor aflaţi într-o situaţie similară sunt mai degrabă acceptate ca surse de feedback decât răspunsul foarte tehnic al psihoterapeutului. Mai mult, confruntările interpersonale apărute încă de la primele sesiuni, fac ca individul să accepte ceea ce pare raţional sau logic. Grupul poate mobiliza un puternic suport prin mecanismele identificării şi înţelegerii. Felul în care este interpretat rolul de membru al grupului determină tipul de intervenţie direcţionat de ceilalţi membri spre fiecare.

Natura climatului interacţional este în funcţie de stadiul la care se află grupul în evoluţia sa şi normele de interacţiune. În stadiul iniţial de angajament, sunt puternic mobilizaţi factorii suportivi, iar în stadiul de lucru se manifestă mai multe provocări. Intervenţiile liderului sunt direcţionate spre problemele grupului şi afectează climatul grupului într-o măsură mai mare comparativ cu membrii. Rolul de lider tinde să fie mai puţin directiv în activitatea de grup

comparativ cu psihoterapia individuală întrucât, grupul însuşi este cel care direcţionează evoluţia activităţii.

4. Receptivitatea individului la feed-back se stabileşte încă de la începuturile funcţionării grupului. De multe ori, subiecţii care nu au răspuns la terapia individuală sunt supuşi unor presiuni suportive dar şi persistente din partea celorlalţi membri, pentru a participa la activitatea grupului. Rezistenţa şi scepticismul pot fi învinse prin modelarea de către ceilalţi a deschiderii şi activismului. Polarizarea puterii, inerentă terapiei diadice, este înlocuită în grup printr-un proces de difuzare şi diminuare, astfel încât, tendinţa unor pacienţi de a se justifica sau de a se apăra în faţa autorităţii terapeutului, se reduce.

XIII.3.3. Legătura terapeutică

Aşa cum, în cadrele psihoterapiei individuale, relaţia terapeutică este cel mai puternic predictor al rezultatului şi în terapia de grup, ea îndeplineşte aceeaşi funcţie. Cea mai apropiată analogie cu terapia diadică este dată de *coeziunea grupului*. Proprietatea vizează grupul ca întreg. În literatura de specialitate se arată că grupurile cu un nivel înalt de coeziune au mai mulţi membri care privesc propria implicare în mod pozitiv. Nu este obligatoriu ca toţi membrii să-şi alinieze poziţia la punctul de vedere al grupului. Reacţia individuală în măsura în care este acceptată, poate fi exprimată independent de nivelul coeziunii grupului.

În grup există numeroase relaţii ce se apropie foarte mult de situaţiile reale. Participanţii au posibilitatea afirmării pozitive, beneficiază de atitudini suportive, dar pot fi şi ţinte ale provocărilor sau confruntărilor. Terapeutul intervine în asemenea situaţii subliniind scopurile majore ale grupului şi în funcţie de nivelul la care se află grupul, depune efort pentru realizarea coeziunii. Natura relaţiei terapeutice influenţează alegerea strategiilor şi a tehnicilor de acţiune.

XIII.3.4. Relaţiile intrapersonale

Cea mai semnificativă deosebire faţă de psihoterapia individuală, este că membrii grupului au posibilitatea de a-şi modela conceptul de Eu după ceilalţi participanţi. Grupul cu nivel înalt de coeziune exercită presiuni asupra indivizilor, accentuând nevoia de grup.

XIII.3.5. Impactul în sesiune

Deosebirea faţă de modelul individual este că incidentele critice în grup implică mai mulţi membri. Climatul de lucru are un efect major, iar factorii terapeutici pot contribui la realizarea unor schimbări semnificative ale membrilor. În acelaşi timp, dacă un membru devine ţinta criticii sau a respingerii din partea altora, sau din partea grupului, poate ajunge la trăiri negative cu potenţial traumatizant.

Tabelul XIII.2. Factori terapeutici comuni în prihoterapiile de grup

Acceptare	Sentimentul de a fi acceptat de ceilalţi membri ai grupului; diferenţele de opinie sunt tolerate si nu exista cenzura.
Altruism	Acţiunea prin care un membru este de ajutor altui membru; a pune nevoia altuia înaintea nevoilor personale şi a învăţa valoarea acţiunii de a dărui. Freud credea că reprezintă un factor major în stabilirea coeziunii de grup si a sentimentului de comunitate
Catharsis	Exprimarea ideilor, a gândurilor şi a emoţiilor reprimate. Este însoţit de un răspuns emoţional care produce o stare de eliberare
Coeziune	Sentimentul că grupul lucrează pentru un obiectiv comun; denumit şi sentimentul de „noi". Este considerat cel mai important factor în relaţie cu efectele terapeutice pozitive.
Contagiune	Procesul prin care expresia unei emoţii de către un membru stimulează conştiinţa unei emoţii similare la un alt membru.
Familia sau originea	Grupul re-creează familia sau originea unor membri care îşi pot rezolva psihologic unele conflicte originare prin interacţiunea în grup (ex., rivalitate între fraţi, mânia asupra părinţilor etc.).
Intuiţie/Perspicacitate	Conştientizarea activă şi înţelegerea propriilor psihodinamici şi simptome de comportament maladaptativ. Majoritatea terapeuţilor disting intre doua tipuri: a) intuiţie intelectuală, sau cunoaşterea şi conştientizare fără schimbări în comportamentul maladaptativ; b) intuiţie emoţională: conştientizarea şi înţelegerea aduc schimbări pozitive în personalitate şi comportament.
Inspiraţie	Procesul de a împărtăşi membrilor grupului un sentiment de optimism; abilitatea de a recunoaşte că cineva are capacitatea de a învinge problemele. Este cunoscut si ca inocularea speranţei.
Interacţiune	Schimbul liber şi deschis de idei şi sentimente printre membrii grupului. Interacţiunea eficientă este încărcată emoţional.
Interpretare	Procesul prin care liderul grupului formulează sensul sau semnificaţia rezistenţei, defensivei şi a simbolurilor unui pacient; se creează astfel un cadru cognitiv în care pacientul îşi înţelege comportamentul.
Învăţare	Pacienţii acumulează cunoştinţe despre domenii noi, cum ar fi abilităţi sociale sau comportament social; ei primesc sfaturi, îndrumare, încearcă să influenţeze şi sunt la rândul lor influenţaţi de alţi membri ai grupului.
Testarea realităţii	Abilitatea unei persoane de a evalua în mod obiectiv lumea din afara sinelui; include capacitatea de a se percepe cu acurateţe atât pe sine, cât şi pe ceilalţi membri ai grupului.
Auto-descoperire	Exprimarea sentimentelor, ideilor, evenimentelor reprimate către alţi membri ai grupului; împărtăşirea secretelor personale care ameliorează senzaţia de ruşine sau vina.
Generalizare	Conştientizarea pacientului că nu este singurul care are probleme, că şi alţii împărtăşesc proleme similare, şi de asemenea că pacientul nu este unic.

XIII.4. EDUCAREA ŞI PREGĂTIREA CLIENŢILOR PENTRU TERAPIA DE GRUP

XIII.4.1. Informaţii oferite clienţilor

De multe ori clienţii sunt sceptici în legătură cu eficienţa terapiei de grup. Informaţiile lor provin din media, mai ales din televiziune şi poartă amprenta dominantă a spectacolului, a senzaţionalului. De aceea, atitudinea constructivă privind utilitatea intervenţiei trebuie elaborată cu multă precauţie printr-un proces consistent. Aceasta implică însuşirea unor materiale generale referitoare la utilitatea grupurilor, iar după ce ideea a prins contur, se pot da informaţii mai detaliate. Un astfel de material pus la dispoziţia potenţialilor clienţi este cel prezentat de către MacKenzie in lucrarea *Time-Managed Psychotherapy: Effective Clinical Applications (1997).* Coordonatorul grupului trebuie să ia măsuri proactive pentru a informa membrii despre valoarea intervenţiei psihoterapeutice de grup. El poate accentua în prezentare, avantajele specifice acestei abordări. Un exemplu în acest sens, ar putea fi ajutorul dobândit din discutarea problemelor cu alte persoane. Discutarea problemelor în grup aduce mai multe idei şi oferă şansa diversificării feedback-ului, dar mai ales, oportunitatea de a învăţa din interacţiunile actuale. Clienţii trebuie să afle şi să ajungă la concluzia că psihoterapia de grup este la fel de eficientă ca şi intervenţia individuală. În paginile următoare se prezintă sintetic acest material informativ pus la dispoziţia pacienţilor (MacKenzie, 1997). Mesajul terapeutului este diferenţiat prin caractere italice.

XIII.4.1.1. Informaţii generale în legătură cu terapia de grup

Aceste informaţii sunt oferite persoanelor aflate în situaţia de a începe terapia de grup sau care o consideră un posibil ajutor. Este util pentru persoanele decise să urmeze acest proces să aibă anumite idei de ansamblu privind modul în care grupurile pot ajuta oamenii şi cum pot ei beneficia în cel mai înalt grad de o asemenea experienţă. Intervenţia de grup este diferită de cea individuală, deoarece, multe din evenimentele de ajutor au loc între membri şi nu numai între conducătorul grupului şi participanţi. Acesta este motivul important ce justifică o prezentare generală înaintea începerii activităţii.

Sunteţi rugat să citiţi materialul cu atenţie şi să vă simţiţi liber de a discuta orice parte sau fragment cu liderul. Problemele apărute în acest material pot fi discutate în timpul primelor sesiuni în grup.

XIII.4.1.2. Poate grupul să ajute individul?

Terapia de grup este larg utilizată şi a devenit parte a tratamentului standard în ultimii 40-50 de ani. Uneori se utilizează ca principal sau ca tratament unic, în special în serviciile ambulatorii. Alteori este utilizată ca şi

parte a abordării terapeutice ce include psihoterapia individuală, farmacoterapia sau alte activităţi.

Cercetările ştiinţifice au demonstrat eficienţa terapiei de grup. Nivelul eficienţei este comparabil cu al terapiei individuale. Diferenţa faţă de aceasta este că în grup fiecare membru trebuie să ştie câte puţin despre ceilalţi, dar acesta poate fi cel mai mare avantaj. Cei mai mulţi oameni au participat la activităţi de grup în şcoală, la biserică sau în comunitate. Terapia de grup are multe din caracteristicile acestora. Deosebirea faţă de activităţile cunoscute, este că aici liderul are responsabilitatea de a asigura fiecărui membru condiţii de concentrare asupra scopurilor tratamentului şi de a face posibilă participarea fiecăruia.

XIII.4.1.3. În ce constă terapia de grup?

Terapia de grup se întemeiază pe ideea că cele mai multe dificultăţi din viaţa oamenilor sunt înţelese ca probleme trăite şi de alţii. Asemenea copiilor, noi învăţăm să ne apropiem şi să vorbim cu alţi oameni despre probleme asemănătoare şi despre căile de rezolvare a problemelor. Aceste modele învăţate timpuriu sunt aplicate în relaţiile adultului. Uneori, în ciuda bunelor intenţii, căile de rezolvare nu sunt atât de eficiente cum am dori.

Deseori simptome ca anxietatea, nefericirea, sentimentele negative în legătură cu propria persoană, insatisfacţia generală referitoare la drumul de viaţă, reflectă starea nesatisfăcătoare a relaţiilor interpersonale. Uneori asemenea simptome rezultă din problemele sau dificultăţile de relaţionare (de exemplu, iritabilitatea sau retragerea). Grupurile oferă şansa de a învăţa mai mult despre aceste modele sau tipare relaţionale, indiferent cum au început.

Grupurile sunt de multe feluri. Unele sunt destinate informării membrilor pe diferite teme (de exemplu, tulburări de comportament alimentar) altele sunt direcţionate spre anumite abilităţi (comunicarea, stabilirea şi menţinerea relaţiilor). Există grupuri mai structurate în care se utilizează scrisul, de exemplu, în grupurile cognitiv-comportamentale sau în grupuri axate pe o mai amplă înţelegere a propriei persoane şi a relaţiilor interpersonale. Nu este esenţial tipul de grup în care vă aflaţi, ci modul de a beneficia de experienţa de grup şi mai ales, modul de a obţine avantaje maxime dintr-o astfel de experienţă.

XIII.4.1.4. Mituri comune [illegible] terapia în grup

Dacă grupul oferă [illegible] eficientă de a trata mai mulţi oameni deodată, nu înseamnă că terapia de grup este mai ieftină, nici că este un tratament de valoare secundară sau de mână a doua, mai puţin eficient decât altele. Studiile arată că terapia de grup are acelaşi grad de eficienţă ca şi alte tipuri.

Unii oameni sunt îngrijoraţi de riscul obligativităţii confesiunilor detaliate referitoare la propria viaţă. Teama lor este exagerată. Grupurile vor putea progresa după cum membrii vor deveni mai apropiaţi unul de altul, mai

familiari, mai deschişi şi vor putea avea încredere unul în celălalt. În grup se discută în general despre modele de relaţii şi despre semnificaţiile lor, iar detaliile nu sunt relevante. Participanţii vor descoperi propriul nivel de confort în funcţie de nivelul la care vor să-şi dezvăluie viaţa personală. Detaliile privind domiciliul, locul de muncă, numele de familie sunt neesenţiale pentru implicarea în activitatea grupului.

Unii clienţi sunt îngrijoraţi că existenţa în aceeaşi cameră a mai multor oameni care au probleme, îi va aduce pe toţi într-o situaţie şi mai proastă. Ideea că orbii îi conduc pe orbi este de înţeles, dar în realitate, participanţii vor descoperi ca discutarea propriilor probleme este de mare ajutor. Văzând că şi alţii au probleme similare, vor dobândi încredere şi vor fi încântaţi să aibă ceva de spus sau de oferit, vor fi surprinşi că pot chiar să-i ajute pe alţii.

Unele prezentări prin media sugerează că în grup oamenii îşi vor pierde controlul şi se vor supăra atât de tare încât, nu vor putea funcţiona ori se vor înfuria şi vor ajunge la violenţă. Senzaţionalul difuzat media are în realitate o frecvenţă rară. Este posibil ca în cadrul psihoterapiei de grup unii indivizi să-şi piardă controlul. Terapeutul trebuie să urmărească aceste semnale şi să acţioneze pentru diminuarea tensiunii, pentru înlăturarea sau pentru evitarea acestor situaţii.

Când îşi imaginează terapia de grup, unii oameni pot fi îngrijoraţi de posibila respingere sau excludere venite din partea altor participanţi. Frica de judecata aspră a celorlalţi, teama pierderii sensului propriei existenţe îi determină uneori, să nu mai opteze pentru această terapie. Aceste frici sunt de înţeles şi într-adevăr, majoritatea oamenilor trăiesc asemenea experienţe atunci când intră într-o nouă situaţie socială sau într-un grup. Este bine să se discute despre aceste temeri de la început, astfel încât, să fie înţelese şi depăşite.

XIII.4.1.5. Cum să beneficiezi la maximum de terapia de grup

- *Cu cât vă puteţi implica mai mult într-un grup cu atât beneficiaţi mai mult de influenţele sale;*
- *Încercaţi să identificaţi gândurile care vă tulbură sau vă supără;*
- *Încercaţi să fiţi cât se poate de cinstit şi deschis în ceea ce spuneţi;*
- *Timpul grupului este preţios. Grupul este un loc pentru a soluţiona probleme serioase nu doar pentru a petrece o parte din timpul zilei;*
- *Ascultaţi ce spun oamenii, gândiţi-vă la ce vor să spună, la semnificaţiile mesajului lor şi încercaţi să-i descoperiţi sensul;*
- *Îi puteţi ajuta permiţându-le să cunoască efectele destăinuirii lor asupra dumneavoastră, lăsându-i să afle cum vă afectează ceea ce au spus;*
- *Multe probleme discutate în grup sunt general umane şi noi toţi ne putem identifica în situaţiile de viaţă prezentate în grup;*

- *În același timp, ascultați atent ce spun alții despre rolul dumneavoastră în grup. Procesul de învățare din experiențele altora este o cale importantă de a beneficia de experiența grupului;*
- *Pentru a aprecia cât de mult puteți fi ajutat este nevoie de timp, așa încât, trebuie să participați la câteva sesiuni înainte de a decide dacă merită;*
- *Grupul poate fi privit ca un laborator veridic al relațiilor interpersonale. Este locul unde puteți încerca noi moduri de a vorbi cu oamenii și locul unde puteți să vă asumați anumite riscuri. Ca membru al grupului sunteți responsabil și vă puteți manifesta, astfel încât, experiența grupului să fie eficientă pentru fiecare;*
- *Un model util al ajutorului pe care grupul îl poate oferi este următorul: considerați că cineva riscă să-și dezvăluie probleme personale. După ascultarea părerilor ceilalți participanți, referitoare la problemele sale, dacă i se par corecte, încearcă să le dea sens și să transfere experiența în viață;*
- *Cel mai bine este să vă exprimați reacțiile interne prin cuvinte. Grupul nu este un mijloc modern de distracție, ci locul în care se încearcă explorarea semnificațiilor;*
- *Amintiți-vă că felul cum vorbesc oamenii este la fel de important ca și ceea ce spun. Ascultați deci, dar treceți dincolo de cuvinte pentru a descoperi adevăratele semnificații. Uneori semnificațiile cuvintelor nu sunt atât de importante ca informația sau expresia feței;*
- *Întrucât grupul este un mediu favorabil învățării din experiența altora, este important să vă concentrați la ceea ce se petrece în interiorul camerei în care lucrează grupul - ce se întâmplă între membrii grupului, între fiecare membru și lider. De multe ori, înțelegerea acestor raporturi dă o nouă perspectivă asupra relațiilor exterioare. Mulți oameni au descoperit cât de util este să se gândească la ceea ce știu și la ceea ce nu știu despre ei înșiși sau la ceea ce cunosc sau nu alții;*
- *Una dintre sarcinile grupului este de a extinde cunoștințele publice. Se utilizează de trei metode. În primul rând, participanții vorbesc despre lucruri pe care în mod normal le păstrează ascunse. Ele se referă la propria persoană și la cei cu care interacționează. Procesul se numește autodezvăluire. În al doilea rând, fiecare ascultă ceea ce îi spun ceilalți despre așa-numitele pete oarbe (feed-back), despre ceea ce nu știa relativ la propria persoană. În al treilea rând, trebuie să ascultați și să gândiți intens pentru a afla mai multe despre propriul Eu.*

XIII.4.1.6. Depășirea obstacolelor

Stările de anxietate legate de participarea la grup sunt normale. Majoritatea le experimentăm într-o anumită măsură. A discuta despre aceste stări încă de la primele sesiuni ale grupului reprezintă cea mai bună cale pentru a le stăpâni.

Rolul liderului este de a încuraja participanţii să vorbească unul cu altul şi de a menţine concentrarea activităţii grupului spre sarcinile esenţiale. Liderul nu furnizează răspuns pentru toate problemele specifice. Veţi experimenta în grup cum să învăţaţi din discuţiile cu ceilalţi participanţi şi veţi învăţa să nu vă mulţumiţi cu răspunsuri şablon.

Transpuneţi în cuvinte ceea ce simţiţi sau felul în care reacţionaţi atunci când sunteţi cu alţi oameni fie în grup, fie în afară. Procesul de înţelegere a reacţiilor sau a emoţiilor în termeni relaţionali este benefic.

Mulţi membri ai grupului trăiesc stări conflictuale sau ajung la descurajare după emoţiile din primele sesiuni. Acest stagiu trebuie depăşit, dar întotdeauna grupurile au nevoie de timp pentru a dezvolta întregul lor potenţial util. După depăşirea inerentelor nelinişti ale începutului, grupul îşi poate dezvălui tot mai mult valenţele pozitive.

Din când în când, în timpul terapiei de grup veţi avea stări afective - dezamăgire, frustrare, chiar furie. Este important să se discute aceste sentimente într-o manieră constructivă. Mulţi oameni au dificultăţi în stăpânirea stărilor emoţionale negative. Una din sarcinile grupului este să examineze astfel de cazuri, să le discute, chiar dacă uneori stările sunt orientate spre lider.

Încercaţi să aplicaţi ceea ce aţi învăţat în grup, la situaţii exterioare. Mulţi oameni au descoperit că este foarte util să discute în grupul terapeutic despre transferarea experienţelor învăţate prin discuţii cu ceilalţi participanţi, la condiţiile lor specifice de viaţă. Schema demersurilor include: discuţii, autodezvăluiri, învăţarea unor experienţe în grup, aplicarea experienţelor în viaţa reală, discutarea aplicării în grup. Studiile arată că terapia devine mai reală, iar beneficiile ei sporesc pe măsură ce schema devine mai frecventă şi de mai mare amploare.

Mulţi oameni doresc să participe la sesiunile grupurilor terapeutice pentru că lucrurile nu merg prea bine în viaţa lor. Există tentaţia de a lua primul sfat primit şi de a-l pune în aplicare într-o decizie majoră de schimbarea a drumului de viaţă. Este esenţial să se aştepte luarea unei astfel de hotărâri până când nu trece prin filtrul gândirii personale şi până când nu este analizată în grup.

XIII.4.1.7. Expectanţele grupului

Confidenţialitatea

Este foarte important ca ceea ce se discută în grupul terapeutic să nu fie discutat în afară. Poate doriţi să discutaţi experienţele trăite în grup cu persoane din exterior de care vă simţiţi apropiaţi. Chiar în acest caz, este important să nu folosiţi nume şi să nu daţi informaţii specifice. În experienţa noastră este extrem de neobişnuit să existe vreo ruptură în confidenţialitatea grupului terapeutic.

Vă rugăm să fiţi atenţi şi să nu vorbiţi despre alţii, tot aşa cum, nu aţi vrea să se vorbească despre dumneavoastră în afara grupului.

Participare şi punctualitate

Este foarte important să participaţi la toate sesiunile şi să ajungeţi la timp. Odată ce grupul a început să funcţioneze ca grup, chiar un singur membru daca lipseşte, nu mai este acelaşi lucru. Deci pentru dumneavoastră şi pentru toţi ceilalţi, vă rugăm să participaţi cu regularitate. Dacă din anumite motive nu puteţi, sunaţi înainte şi discutaţi cu liderul.

Pentru grupurile care funcţionează în sistemul ambulatoriu este utilă discutarea absenţelor mai lungi (excursii, vacanţe) şi cum se pot planifica şi rezolva pentru a nu afecta grupul.

Socializarea cu alţi membri ai grupului

Este important să concepem grupul ca un cadru de tratament şi nu ca o cale de stabilire a unor activităţi sociale noi. Membrii grupului sunt sfătuiţi să nu aibă contacte între ei în afara sesiunilor. Motivul îl reprezintă interferenţa relaţiilor cu activitatea grupului sau cu maximizarea avantajelor rezultate din interacţiunile din grup. Veţi descoperi că aveţi secrete faţă de grup şi nu veţi putea formula probleme, deoarece aveţi prieteni în grup (din cauza relaţiilor de prietenie din grup).

Dacă totuşi aveţi legături în afara sesiunilor cu alţi membri ai grupului, atunci trebuie să discutaţi despre ele cu ceilalţi participanţi, astfel încât, efectele contactelor exterioare grupului, să poată fi luate în considerare. Aveţi chiar obligaţia de a raporta în grup, despre existenţa unor astfel de contacte.

De remarcat, că anumite grupuri în care se învaţă şi se aplică abilităţi sociale pot încuraja membrii să se antreneze împreună.

Contactul între sesiunile grupului

În general terapeutul nu se aşteaptă să aibă contacte cu membrii grupului în afara sesiunilor, decât atunci când se iveşte ceva foarte urgent. Toate aceste relaţii vor fi considerate ca şi cadre mai largi ale experienţei grupului. Terapeutul le va putea aduce ca materiale sau teme de discuţie în sesiunile grupului. În general nici o angajare în alte terapii – cu excepţia celor recomandate de medic – nu este permisă în perioada angajării in terapia de grup. Toate preocupările sau proiectele legate de căutarea altor terapii trebuie discutate cu liderul grupului înainte de începerea activităţilor propriu-zise.

Alcool şi droguri

Grupurile sunt destinate discutării problemelor personale ale participanţilor. Este important să nu participaţi la sesiuni sub influenţa alcoolului sau a altor substanţe, cu excepţia celor recomandate de medic. Nu

putem spune despre consumul de alcool, droguri sau medicamente dacă este bun sau rău. Putem remarca doar interferența cu activitatea grupului. Ca regulă generală, atunci când comportamentul dumneavoastră este semnificativ afectat de consumul de substanțe, veți fi rugat să părăsiți sesiunea. În camera în care se desfășoară activitățile de grup sunt interzise fumatul, consumul de alcool și droguri, consumul de alimente, întrucât, toate acestea perturbă realizarea sarcinilor și atingerea obiectivelor.

XIII.5. PROGRAM DE INTERVENȚIE

XIII.5.1. Criterii în alcătuirea unui program de grup

Alcătuirea unui program de intervenție în grup, ar putea avea la bază următoarele criterii (MacKenzie, 1992, 1997; Corey, 2007):

1. Se consideră că pentru început, grupul de management al crizelor de scurtă durată este un loc potrivit pentru mulți pacienți. Accesului rapid la acest grup care-și schimbă membrii și numărul redus de sesiuni, 6-8 pentru fiecare participant, i se suprapune abordarea foarte structurată și atenția acordată strategiilor de coping imediat. Grupul poate fi util sistemelor de servicii care combină funcțiile tratamentului activ, ale evaluării și selecției. De asemenea, poate fi folositor ca mijloc de înlocuire a spitalizării.
2. Pentru pacienții care necesită intervenție psihoterapuetică mai intensă pe o perioadă determinată de timp (12-25 de sesiuni), grupul poate servi:
   a) La confirmarea disponibilității de a urma o astfel de terapie;
   b) La evaluarea motivației;
   c) La determinarea oportunității unui tratament de lungă durată.

   Majoritatea pacienților ajung să descopere că acest tip de grup este adecvat problemelor lor.
3. Grupul închis, ce funcționează pe o perioadă limitată este mai adecvat pentru al doilea curs de psihoterapie. Uneori face excepție grupul cu grad de structurare mai ridicat.
4. Accentul pe scopurile generale ale grupului în măsura posibilităților. Acest tip de grup cu durată limitată este potrivit pentru un management eficient al unui larg spectru de probleme, de exemplu poate servi unui segment, cel al pacienților nonpsihotici. Astfel, grupurile pentru depresie, anxietate, tulburări de apetit, terapia parentală sau maritală pot fi foarte solicitate. Capacitatea interacțională a membrilor poate fi antrenată printr-o structurare înaltă, adecvată celor cu disponibilități interacționale mai reduse sau prin accentuarea înțelegerii psihologice și a învățării din interacțiunile grupale pentru pacienții cu potențial interacțional ridicat. Fiecare se derulează în timp limitat și ar putea include tehnici psihoterapeutice suportive.
5. Grupul omogen cu durată limitată servește nevoilor psihoterapeutice. Resursele sale pot fi exploatate în tulburările de apetit sau în dobândirea unor

abilităţi cum ar fi asertivitatea, managementul furiei ori pentru anumite grupuri de risc cum ar fi tulburările postpartum, adaptarea la boli medicale severe sau invalidante, experimentarea unor pierderi grave. Grupurile intensive cu timp limitat sunt alcătuite de obicei din pacienţi cu disfuncţii semnificative şi cu simptome accentuate ale distresului. Lor li se adresează terapiile cognitiv-comportamentale, terapia interpersonală şi terapia psihodinamică.

6. Hotărârea de a plasa pacientul într-o terapie de lungă durată este cea mai dificilă din toate întrucât, solicită resurse sporite. Grupurile de lungă durată pot funcţiona cel mai bine în cadrul unui program cu deschidere redusă sau cu perioade de lucru segmentate în care pot fi admişi noi membri.

7. În cazul constituirii grupului de lungă durată trebuie să se acorde o importanţa decisivă scopului în funcţie de care se determină mai mult sau mai puţin riguros, compoziţia grupului. De exemplu, pacienţii cu tulburări de personalitate care au disfuncţii serioase, utilizează intens serviciile de tratament pentru o perioadă de 1-2 ani. În această situaţie, decizia asupra compoziţiei necesită atenţie deosebită. Dacă scopul terapiei este de a asigura menţinerea funcţionării şi suport probabil pentru toată viaţa - de exemplu în cazul schizofreniei, decizia privind compoziţia grupului se bazează mai ales pe nivelul funcţionării psihosociale decât pe diagnoză.

8. Organizarea evidenţei statistice ghidează deciziile în viitor.

XIII.5.2. Grupul antidepresiv interpersonal

Grupul antidepresiv este destinat clienţilor care au experimentat episoade repetate de depresie majoră sau au o istorie semnificativă a tulburării distimice, dar nu este indicat pacienţilor cu tulburare bipolară, nici celor care prezintă tulburare depresivă severă cu simptome psihotice şi nici persoanelor cu risc suicidar ridicat (MacKenzie, 1997).

Activitatea grupului începe cu explorarea amănunţită a sindromului depresiv şi a impactului său în viaţa participanţilor. Aceasta include urmărirea patternului stilului de viaţă pentru stabilirea conexiunilor dintre depresie şi legăturile interpersonale şi pentru a combate izolarea. Conexiunea dintre depresie şi relaţiile interpersonale este atât de complexă, încât autorii evită formulările de tip cauzal. Abordarea intensivă şi semistructurată a relaţiilor actuale este mai utilă. Se accentuează problemele curente şi cele de perspectivă. Nu se încurajează extinderea discuţiilor asupra unor subiecte legate de experienţele anterioare.

În grup nu se utilizează medicamente. Grupul se întâlneşte săptămânal, timp de 16 sesiuni, a căror durată este de 90 de minute. Nu sunt admişi noi pacienţi după a treia sesiune. Modelul grupului antidepresiv este o adaptare a strategiilor psihoterapiei interpersonale (IPT) de tip diadic publicată de Klerman şi Weissman în 1984. Înainte de aplicarea în grup, clinicianul trebuie să acumuleze experienţă în terapia individuală (Yalom şi Leszcz, 2005).

Această abordare terapeutică a făcut obiectul unor numeroase cercetări. Studiile au evidenţiat rezultate pozitive, comparabile cu cele ale terapiei cognitiv-comportamentale, cu precizarea că psihoterapia interpersonală poate avea efecte mai bune pe termen lung (McDermut, Miller şi Brown, 2001). Chiar în tulburarea depresivă cu simptome endogene accentuate s-au obţinut rezultate asemănătoare efectelor medicaţiei antidepresive (Elkin, 1994).

Grupul antidepresiv interpersonal este adecvat pentru terapia depresiei majore nonpsihotice, a distimiei sau pentru intervenţie în cazurile diferite de diagnostic dual - depresie şi distimie - unde se presupune că există probleme caracteriologice majore, în principal, aspecte obsesive combinate adesea cu trăsături de tip evitativ, dependent sau pasiv/agresiv. În toate aceste situaţii, se recomandă în special, terapia de grup dacă simptomele depresive sunt asociate cu probleme interpersonale semnificative sau dacă relaţiile sociale ale individului reprezintă factorii ce declanşează episoadele depresive. Scopul terapiei este de a folosi climatul grupului pentru schimbarea relaţiilor reale şi pentru atenuarea sau înlăturarea simptomelor depresive.

Pacienţii cu tulburare depresivă majoră sau cu distimie au avut probabil, încercări de utilizare a medicaţiei antidepresive. De aceea, se recomandă întemeierea unei relaţii de colaborare cu medicul psihiatru specializat în managementul farmacologic al tulburărilor de dispoziţie sau în caz contrar, o bună parte a timpului destinat sarcinilor grupului se poate pierde cu speculaţii despre medicamentele utilizate de participanţi. Prin stabilirea unor limite clare între principiile grupului şi cele ale chimioterapiei, asemenea discuţii pot fi reduse la minimum sau transferate în afara grupului.

Strategiile psihoterapiei interpersonale sunt localizate între terapia interpersonală psihodinamică şi terapia cognitiv - comportamentală. Concentrarea asupra pattern-urilor de bază ale relaţiilor şi asupra schemelor care determină semnificaţia lor psihologică reprezintă esenţa abordării terapeutice interpersonale. Ţintele sale sunt supărarea şi pierderea, disputele interpersonale, tranziţiile de rol, singurătatea şi izolarea socială.

Terapeutul lucrează cu tehnicile suportive şi evită intervenţiile interpretative. El nu este mai rezervat sau mai neutru decât este necesar şi poate să-şi exprime acceptarea, simpatia şi respectul pentru client. Este înţelegător într-o manieră profesională, foloseşte stilul conversaţional fără a ajunge la discuţii întâmplătoare. Conversaţia este direcţionată spre scopurile terapiei: identificarea patternurilor comportamentale, cognitive sau interpersonale astfel încât, să poată fi schimbate. În modelul respectiv, eforturile se canalizează spre creşterea nivelului stimei de sine. Pot fi folosite încurajările, recunoaşterea progreselor, întreţinerea speranţei, premierea. Anxietatea legată de terapie este evitată şi pusă în discuţie dacă apare ca rezultat al activităţii grupului.

Tehnicile de lucru sunt concentrarea, reîncadrarea, clasificarea şi provocarea. Ele se pun în serviciul maximizării autonomiei participanţilor. Se mai pot folosi sugestii, liniştirea sau calmarea. Întărirea strategiilor de coping şi mobilizarea resurselor actuale, provocarea reacţiilor emoţionale pot contribui la

creşterea autonomiei şi a stimei de sine. Transferul negativ este pus în discuţie dacă interferează cu modelul, iar despre cel pozitiv nu se va discuta.

XIII.5.2.1. Strategii de management

Evaluarea

În interviul iniţial, clinicianul trebuie să descopere circumstanţele instalării episodului (episoadelor) depresiv. Procesul începe cu explorarea atentă a evenimentelor care ar fi putut declanşa depresia. De obicei, ele sunt identificate în domeniul relaţional. Episoadele depresive sunt legate de perioadele de prăbuşire a relaţiilor. Sunt implicate şi dificultăţi ale creativităţii, probleme legate de controlul furiei. Chiar dacă se poate stabili un reper temporal precis este greu de determinat rolul componentelor interpersonale dacă ele sunt cauze sau efecte ale stărilor depresive.

Simptomele depresive şi funcţionarea interpersonală se află într-un cerc interactiv influenţându-se reciproc. Dacă severitatea depresiei creşte, fără a putea fi corelată cu evenimentele de viaţă, probabilitatea etiologiei biologice este mai ridicată. În acest sens, se indică folosirea farmacoterapiei şi extinderea utilizării medicamentelor în scop profilactic, dar uneori pot fi de folos şi strategiile terapiei de grup.

În evaluare, clinicianul trebuie să identifice strategiile de coping folosite de pacient şi însuşirile pozitive ce pot facilita realizarea sarcinilor psihoterapiei. Se utilizează modalităţile de evaluare prezentate în prima parte a lucrării.

Sesiunile de început

Prima sarcină a grupului este de a analiza în detaliu, sindromul depresiv experimentat de fiecare membru. Această trecere în revistă poate accentua simptomele tulburării depresive, aspectele comune, datele epidemiologice, predicţia tratamentului. Analiza precisă a sindromului depresiv este importantă deoarece multe simptome somatice interferează cu funcţionarea cotidiană. Se discută şi despre ideaţia suicidară ca şi componentă a depresiei majore.

Este stimulată folosirea de către pacienţi a jurnalului zilnic în scopul menţinerii concentrării asupra situaţiei actuale. Discuţiile legate de impactul simptomelor depresive vor duce în mod firesc, la analiza impactului asupra stilului de viaţă. Unii terapeuţi pot opta pentru folosirea jurnalului ca mijloc de analiză la începutul şi la sfârşitul fiecărei sesiuni. Astfel, pacienţii pot să-şi fixeze scopurile activităţii pentru următoarea sesiune. Nivelele şi formele materialului scris pot fi schimbate în funcţie de specificul situaţiei.

Clasificarea patternurilor interpersonale

După realizarea sesiunilor de început, grupul îşi continuă activitatea prin analiza patternurilor relaţionale identificate în cursul evaluării. Fiecare participant are o autobiografie scrisă. Accentul în această declaraţie cade pe informaţiile (din sfera raporturilor) interpersonale. Structurarea şi înţelegerea

pot fi facilitate prin valorificarea unor liste de lucru (McKenzie, 1997) referitoare la relaţiile cele mai importante şi la activităţile interpersonale.

Se pune accent pe relaţiile actuale, inclusiv, pe cele care s-au terminat recent. Pot fi incluse şi relaţiile semnificative din trecut care provoacă gânduri intruzive. Analiza structurală a comportamentului social poate demonstra că relaţiile cheie sunt obiectul cogniţiilor negative. Ele exagerează sau distorsionează percepţia relaţiilor.

Scopul discuţiilor îl constituie identificarea patternurilor repetate pe parcursul drumului de viaţă. Aceste informaţii trebuie apoi raportate la cel mai recent episod depresiv, pentru a determina consistenţa patternului. În al treilea rând, informaţiile trebuie privite prin prisma relaţiilor actuale, mai ales a celor relevante pentru instalarea şi menţinerea stării depresive. În al patrulea rând, trebuie definite în termenii celor patru categorii de probleme precizate mai înainte: supărare şi pierdere, dispute interpersonale, tranziţii de rol, singurătate şi izolare socială.

Revizuirea detaliată a istoriei relaţiilor participanţilor necesită mai multe sesiuni. Aceasta nu reprezintă un timp pierdut. Membrii grupului vor învăţa mai mult despre ei înşişi, ascultând relatările celorlalţi. De aceea, vor fi încurajate procesele interactive. Rezultatul acestei etape trebuie să-l constituie acordul fiecărui membru asupra contactului interpersonal de cea mai mare importanţă şi acordul asupra problemelor implicate. De obicei apar mai multe, uneori chiar toate patru. Este utilă ierarhizarea sau acordarea de ranguri acestor probleme şi consemnarea în jurnalul zilnic.

Managementul stagiului de diferenţiere

Odată cu trecerea timpului şi prin concentrarea asupra experimentelor relaţionale, climatul grupului se schimbă, devenind mai evoluat şi mai critic. Sarcinile din acest stagiu se realizează cu mai multe confruntări între participanţi şi cu o cotă de asertivitate mai ridicată. Noul stil de lucru îşi pune amprenta asupra personalităţii membrilor mai vulnerabili. Procesul poate fi mediat prin trei tehnici aflate la dispoziţia terapeutului:

1. se oferă suporturi verbale referitoare la importanţa înfruntării problemelor şi accentuează rolul feedback-ului ca suport al normalizării experienţei grupului şi întării efectelor grupului.
2. se trasează paralele între procesele grupului, probleme sau dificultăţi în asertivitate, furie, sensibilitate ridicată la dezaprobare sau la dezacord, pe de o parte şi simptomele descrise de membrii grupului. Asemenea idei şi comportamente disfuncţionale pot fi depăşite în grup tocmai prin natura confruntativă a sesiunilor din această etapă.
3. se explorează răspunsurile autocritice. Recunoaşterea gândurilor negative şi a nevoii de asertivitate, implică perspectiva cognitiv-comportamentală. Intervenţiile sunt menite să aprofundeze şi să intensifice activitatea grupului şi să întemeieze explorarea mai profundă a problemelor relaţionale.

Abordarea celor patru categorii de probleme

Abordarea semistructurată şi orientarea discuţiei spre relaţiile importante vizează creşterea capacităţii de explorare şi stăpânire a căilor alternative de interacţiune socială. Se accentuează rolul credinţelor şi al percepţiilor false mergând pe căi ocolite, prin prezentarea informaţiilor într-o formă anecdotică. Fiecare din cele patru categorii de probleme dispune de un set de strategii bazate pe principiile terapiei interpersonale.

Participanţii şi-au stabilit deja propriile ierarhii precum şi implicaţiile pe care le au în viaţa lor. Existenţa mai multor probleme în majoritatea cazurilor, determină creşterea învăţării interactive. Folosirea jurnalului zilnic şi în această etapă, ajută la adaptarea experienţelor grupului la scopurile personale.

Fiecare categorie de probleme necesită mai multe sesiuni. Discuţiile evoluează de la identificarea specificului pentru fiecare membru, la expectanţe şi percepţii, iar în final, la elaborarea soluţiilor de stăpânire a problemei şi apoi, de încercare a unui nou comportament.

Primele două categorii supărare/pierdere şi dispute interpersonale sunt cele mai frecvente. Ele au implicaţii relaţionale directe. Problema tranziţiei de rol complică de cele mai multe ori interacţiunile sociale dar, poate fi o provocare importantă pentru client. Izolarea socială şi singurătatea implică dificultăţi majore în iniţierea şi susţinerea relaţiilor. Depăşirea nu este deloc simplă, dar dacă subiecţii participă la activităţile grupului, înseamnă că au un nivel de acceptare şi apropiere superior celui cu care au intrat în grup. În astfel de situaţii, terapia de grup poate fi de mai mare ajutor decât cea diadică.

Chiar dacă activitatea grupului are o anumită organizare, nu înseamnă că este controlata de terapeut sau că interacţiunile membrilor nu mai au importanţă. Principala activitate a specialistului rămâne menţionarea concentrării asupra problemelor relevante şi încurajarea explorării lor prin discuţiile participanţilor. Prezenţa mai multor teme comune face ca interacţiunile să fie mai intense decât în etapele anterioare. Pe măsură ce grupul progresează se pot aborda şi teme legate de valori şi semnificaţiile lor în viaţa participanţilor. Menţinerea în centrul preocupărilor a problemelor actuale ale adaptării, impune analiza periodică a stilului de viaţă. Analiza trebuie să se centreze pe întrebarea cheie pusă la începutul sesiunilor: *Cum se dezvoltă un stil de viaţă nondepresiv?*, deoarece, ideile emise în grup urmează să fie aplicate în situaţii reale.

Încheierea intervenţiei

Prin utilizarea unor strategii specifice, etapa finală poate fi valorificată ca şi componentă a experienţei dobândite în grup. Strategiile utilizate sunt:

1. Consideraţia asupra selecţiei şi compoziţiei, constă în identificarea pacienţilor care necesită terapie de lungă durată datorită caracterului cronic al tulburării depresive;
2. Utilizarea formatului de grup închis este cel mai adecvat pentru determinarea limitelor de timp. Întrucât toţi participanţii desfăşoară

activitatea terapeutică în acelaşi format, este posibilă concentrarea întregului grup spre finalizare;

3. Clarificarea limitelor de timp. Cadrul temporal este precizat clar încă din etapele de evaluare şi pregătire, de preferinţă, în scris. Se precizează formatul grupului cu date despre prima sesiune, numărul de sesiuni, durata exactă a fiecăreia, data ultimei sesiuni. Pacienţii sunt informaţi că o nouă terapie va începe după aproximativ 4-6 luni de la terminarea ultimei sesiuni şi sunt sfătuiţi să nu caute alte forme de tratament în această perioadă;
4. Întărirea cadrului temporal.

Grupul antidepresiv are durată limitată. În prima parte a programului nu se face nici o precizare privind încheierea, întrucât, ar interfera cu dezvoltarea. La jumătatea programului, terapeutul anunţă că grupul a ajuns la acest moment şi precizează data ultimei sesiuni. De asemenea, atenţionează asupra şansei pe care o au participanţii de a-şi analiza activitatea personală în raport cu obiectivele terapiei. Fiecare sesiune care urmează după jumătatea programului conţine referiri la numărul celor rămase şi la data ultimei întâlniri.

Concentrarea activităţii asupra terapeutului

Psihoterapeutul va încuraja aplicarea abilităţilor dobândite prin participarea la sesiunile grupului, în activităţile reale. Aceasta presupune un proces de fixare a ceea ce s-a învăţat, de interiorizare a experienţei, şi de stabilire a unor indicatori de reactualizare la care va face apel în situaţiile reale.

Fiecare grup încearcă să evite încheierea, dar psihoterapeutul, mai ales în ultimele sesiuni, va sesiza prezenţa stărilor de anxietate asociate. Ele se manifestă în discuţii centrate pe tema separării sau pierderii. Rolul psihoterapeutului în grupul antidepresiv interpersonal este de a veghea la abordarea directă a acestor teme, încurajând participarea tuturor membrilor. El trebuie să reziste tentaţiei de a discuta deschis despre încheierea terapiei, deoarece, reacţiile participanţilor nu pot fi anticipate precis. Pentru un terapeut neexperimentat demoralizarea, furia, blamarea, nemulţumirea pacienţilor pot crea sentimente de vinovăţie sau de eşec. De aceea trebuie evitată împărtăşirea stărilor emoţionale şi stimulată menţinerea unei atitudini pozitive în raport cu timpul.

Predicţia încheierii premature

Cu patru sesiuni înainte de ultima, psihoterapeutul anunţă încheierea programului pentru a evita momentele dificile inerente finalului. Întrebând participanţii dacă li se pare într-adevăr prematură terminarea, îi pune în situaţia de a analiza constructiv problemele încheierii şi de a marca începutul fazei finale a programului.

Predicţia formală a încheierii premature este o strategie prin care terapeutul este determinat să nu tergiverseze finalul activităţii.

Teme finale

Temele apar mai ales, în condiţiile încheierii terapiei, în grupurile interactive cu nivel ridicat de coeziune.

Terapeutul trebuie să se asigure că toate temele vor fi verbalizate şi supuse discuţiilor în grup. Aceste teme pot fi: privarea de intervenţii însoţită de tristeţe sau depresie, furia şi resentimentele, respingerea, rejecţia, supărarea şi pierderea, responsabilitatea faţă de propria existenţă (cum aş putea deveni propriul meu terapeut?).

Principalele abordări psihoterapeutice ale depresiei (terapia cognitiv-comportamentală, terapia interpersonală şi terapia psihodinamică de scurtă durată) înregistrează rate semnificative de recurenţă chiar dacă, accentul intervenţiei se deplasează pe parcurs, spre educaţie. Această particularitate a tulburării depresive explică continuarea eforturilor pe termen lung. Grupul antidepresiv interpersonal ar putea oferi o soluţie de menţinere a sănătăţii interpersonale prin sesiuni lunare. Programul poate fi conceput ca o reluare a unor teme parcurse în grup. În acelaşi timp, trebuie accentuate şi antrenate abilităţile de coping cognitiv comportamental şi relaţional.

Grupul antidepresiv este un model integrativ ce combină valenţele terapiei suportive de grup cu un tratament consacrat al depresiei şi distimiei. Modelul poate fi extins datorită adaptabilităţii principiilor terapiei interpersonale.

XIII.6. CERCETĂRI PRIVIND TERAPIA DE GRUP

În ultimele trei decenii, cercetătorii în domeniul terapiei de grup s-au concentrat asupra demonstrării eficienţei acesteia (Callahan, 2004; Kanas, 2005, 2006; Bateman, 2008). Folosindu-se de metodologii şi scheme utilizate în mod normal la terapia individuală, ei au încercat să demonstreze faptul că prin terapia în grup se obţin rezultate clinice care depăşesc condiţiile de control (pacienţii aflaţi pe listele de aşteptare pentru terapia de grup). În plus, au demonstrat că terapia de grup este la fel de eficace precum terapia individuală şi este aplicabilă la tot atâtea tipuri de probleme ale pacienţilor. Ei susţin că din moment ce psihoterapia de grup este la fel de eficace şi aplicabilă ca şi cea individuală, din punct de vedere economic este mai eficientă sau mai puţin costisitoare (Piper şi Joyce, 1996).

Studiile de metaanaliză referitoare la eficacitatea, aplicabilitatea şi eficienţa terapiei de grup arată că pentru un număr mare de tulburări, mărimea efectului pentru terapia individuală şi de grup este echivalentă (Fuhriman şi Burlingame, 1994; McRoberts, Burlingame şi Hoag, 1998). În ciuda acestei concluzii, unii evaluatori ai cercetărilor (Bednar şi Kaul, 1994) au criticat faptul că s-a pus prea mult accent pe eficacitate, aplicabilitate şi eficienţă, omiţând în acelaşi timp, alte probleme semnificative:

- Ce tipuri de pacienţi beneficiază mai mult din partea diferitelor tipuri de terapie de grup? Diferenţele dintre pacienţi includ personalitatea,

caracteristicile socio-demografice şi diagnosticul. Tipurile de psihoterapie de grup includ diferenţe teoretice, tehnice şi de ordin temporal.

- Ce tipuri de pacienţi beneficiază mai mult de pe urma terapiei de grup sau de pe urma celei individuale?
- Ce tipuri de caracteristici ale terapeuţilor şi ale intervenţiilor duc la rezultate mai bune?
- Ce mecanisme sunt responsabile pentru schimbările terapeutice?
- Ce factori contribuie la menţinerea îmbunătăţirilor?

Chiar dacă cercetările demonstrează valenţele pozitive ale psihoterapiei de grup, există încă îndoieli asupra valorii sale, iar pacienţii preferă terapia individuală mai mult decât terapia de grup. Prezenţa problemelor şi a surselor de rezistenţă atât din partea pacienţilor, cât şi din partea terapeuţilor, duce la temeri legate de participarea la terapia de grup. Terapia de grup pare mai intimidantă şi mai puţin atrăgătoare decât cea individuală, iar pacienţii experimentează deseori pierderea controlului şi diminuarea sentimentul de individualitate în graniţele grupului. Există posibilitatea pentru o mai redusă înţelegere a sensului evenimentelor dintr-o sesiune sau pentru experienţierea unor stări greu de definit. Discuţiile de grup deseori trec de la un subiect la altul, de la o persoană la alta. Grupurile oferă mai puţină confidenţialitate sau pacienţii sunt mereu expuşi şi nu pot avea garanţia unei confidenţialităţi depline. Sentimentul de siguranţă poate scădea datorită controlul scăzut pe care-l are individul ca membru al grupului, dar mai ales, datorită existenţei mai multor surse generatoare de critică. Astfel, problemele legate de pierderea controlului şi a individualităţii, de înţelegere, intimitate şi siguranţă personală duc la reţineri legate de participarea la terapia de grup.

Rezistenţa la terapia în grup poate fi percepută şi de terapeuţi influenţaţi de aceeaşi factori care afectează pacienţii. În plus, este mult mai complicat să organizezi grupuri terapeutice comparativ cu organizarea terapiei individuale. Aceste dificultăţi ţin de obţinerea numărului de pacienţi necesar formării grupului, de riscul renunţării sau abandonării după începerea activităţii de grup.

Congruenţa optimă a pacienţilor cu terapiile reprezintă un domeniu de cercetare insuficient explorat. Caracteristicile pacienţilor, cum ar fi variabilele de personalitate sau socio-culturale, tind să se piardă şi să fie ignorate sau nu li se dă importanţă. Întrucât clinicienii tratează indivizi, nu date statistice, este nevoie de studii care fundamenteze interacţiunea între caracteristicile pacienţilor şi tipurile de terapie.

BIBLIOGRAFIE

Abramson, L. Y., Alloy, L. B., & Metalsky, G. I. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*, 358-372.

Abramson, L., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.

Adler, A. (1995). *Sensul vieţii.* Bucureşti: Editura IRI.

Alloy, L. B., & Ahrens, A. H. (1987). Depression and pessimism for the future: biased use of statistically relevant information in predictions for self versus others. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(2), 366-378.

Alonso, A., & Swiller, H. (1993). *Group therapy in clinical practice.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Alonso, A., Alonso, S., & Piper, W. (2003). Group Psychotherapy. In G. Stricker, and T. A. Widiger (Volume Editors) and I. B. Weiner (Editor in Chief). *Handbook of Psychology. Volume 08. Clinical Psychology.* New Jersey: Wiley.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* (3rd ed. rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fourth Edition. Washington DC: D.S.M–IV™.

American Psychiatric Association. (2003). *Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale.* Ediţia a patra revizuită. DSM-IV-TR TM 2000. Bucureşti: Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România.

American Psychological Association. (2002). *Ethics Code.*

American Psychologycal Association, Division 17, Counseling Psychology. (1979). Principles concerning the counseling and therapy of women. *Counseling Psychologist, 8*(1), 21.

American Psychologycal Association. (1975). Report on the task force on sex bias and sex-role stereotyping in psychoterapeutic practice. *American Psychologist, 30*(1), 1169-1175.

American Psychologycal Association. (1981). *Ethical principles of psychologists.* Washington, DC: APA.

Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological Testing.* Upper Sadle River: Prentice Hall.

Archer, R. P., & Smith, S. R. (Eds.) (2008). *Personality Assessment.* New York: Routledge.

Băban, A. (2002). *Metodologia cercetării calitative.* Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (2000). Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In E. A. Locke (Ed.), *Handbook of principles of organization behavior* (pp. 120-136). Oxford, UK: Blackwell.

Bandura, A., Blanchard, E. B., & Ritter, B. (1969). Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology, 13*, 173-199.

Bateman, A. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 165*(5), 556-559.

Bauduin, A. (1996). *Preconştientul*. Bucureşti: Editura Ştiinţifică.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachements as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*, 497-529.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and Treatmant*. Philadephia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy of the Emotional Disorders*. New York: New American Library.

Beck, A. T. (1991). Cognitive Therapy: A 30 Year Retrospective. *American Psychologist, 46*(4), 368-375.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenburg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Rush, A. J., Show, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.

Beck, J. S. (2002). Beck Therapy Approach. In M. Hersen (Ed.), *Encyclopedia of psychotherapy*. New York: Elsevier Science.

Bedell, J. R., & Lennox, S. S. (1997). *Handbook for Communication and Problem-Solving Skills Training (A Cognitive-Behavioral Approach)*. New York: John Wiley and Sons Inc.

Bednar, R. L., & Kaul, T. (1994). Experiential group research. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 631-663). New York: Wiley.

Bem, S. L. (1983). Gender schema theory and its implications for child development. *Signs, 8*, 598-616.

Benishek, L. A., Bieschke, K. J., Park, J., & Slattery, S. M. (2004). A multicultural feminist model of mentoring. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 32*, 428-442.

Ben-Porath, Y. S., & Archer, R. P. (2008). The MMPI-2 and MMPI-A. In R. P. Archer and S. R. Smith (Eds.) (2008). *Personality Assessment*. New York: Routledge.

Berg, I. K., & Miller, S. D. (1992). *Working with the Problem Drinker: A Solution-Focused Approach*. New York: W. W. Norton.

Bernard, E. M. (2001 a). Accentuate the positive or eliminate the negative? *An International Conference Celebrating the 45th Anniversary of REBT*. Colorado: Keyston.

Bernard, E. M. (2001 b). The missing piece in rising academic achievement. *An International Conference Celebrating the 45th Anniversary of REBT.* Colorado: Keyston.

Bernard, E. M. (2002). http://www.youcandoiteducation.com/whatis.html

Berne, E. (1961). *Analyse Transactionelle et Psychotherapie.* Paris: Payot.

Beyebach, M., Morejon, A. R., Palenzuela, D. L., & Rodriguez-Arias, J. L. (1996). Research on the process of solution-focused brief therapy (pp. 299-334). In S. D. Miller, M. A. Hubble, and B. L. Duncan, (Eds.). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Bienenfeld, D. (2002). History of Psychotherapy. In M. Hersen (Ed.), *Encyclopedia of psychotherapy.* New York: Elsevier Science.

Bion, A. (1993). *Gânduri secunde.* Bucureşti: Editura S. Freud.

Blackburn, I. M. (1987). *Coping with Depression.* Edinburgh: Thanet Press.

Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance.* New York: Academic Press.

Brehm, J. W., & Brehm, S. (1981). *Psychological Reactance.* New York: Wiley.

Brown, L. S. (1986). Gender-role analysis: a neglected component of psychological assessment. *Psychotherapy, 23,* 243–248.

Brown, L. S. (1988). Beyond thou shall not: Thinking about ethics in the lesbian therapy community. *Women and Therapy, 8,* 13–26.

Brown, L. S. (1990). Taking account of gender in the clinical assessment interview. *Professional Psychology: Research and Practice, 21,* 12–17.

Brown, L. S. (1991). Anti-racism as an ethical imperative: An example from feminist therapy. *Ethics and Behavior, 1,* 113–127.

Brown, L. S. (1994). *Subversive dialogues: Theory in feminist therapy.* New York: Basic Books.

Brown, L. S. (2000). Feminist therapy. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp. 358–380). New York: Wiley.

Brown, L. S. (2006). Still subversive after all these years: The relevance of feminist therapy in the age of evidence-based practice. *Psychology of Women Quarterly, 30,* 15–24.

Butcher, J. N., Graham, J. R., Williams, C. L., & Ben-Porath, I. (1989). *Development an duse of the MMPI-2 content scales.* Minneapolis: University of Minnesota Press.

Callahan, K. (2004). A review of interpersonal-psychodynamic group psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *International Journal of Group Psychotherapy, 54*(4), 491-519.

Cammaert, L. P., & Larsen, C. C. (1988). Feminist frameworks of psychotherapy. In M. A. Dutton-Douglas & L. E. Walker (Eds.), *Feminist psychoterapies: Integration of therapeutic and feminist systems* (pp. 12-36). Norwood, NJ: Ablex.

Carlson, N. R. (2005). *Foundations Of Physiological Psychology* (6th ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Carter, D., & Rawlings, E. (Eds). (1977). Psychoterapy for Women. Springfield, IL: Thomas.

Clark, D. A., & Beck, A. (1989). Cognitive therapy and therapy of anxiety and depression. In Kendall, P. C., and Watson, D. (Eds.) *Anxiety and depression.* San Diego, CA: Academic Press.

Cole, C. J. (1998). *Practical Guide to DSM-IV. Diagnostic and Treatment*, 2nd ed. Huntington Beach, CA: Cole.

Colegiul Psihologilor din România (2005). *Codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică din România.*

Corey, G. (2007). *Theory and Practice of Group Counseling.* New York: Thompson Books/Cole.

Corey, G., Corey Schneider, M., & Callanan, P. (1993). *Issues and Ethics in the helping professions*, Fourth edition, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the Five - factor model of personality. *Journal of Personality Disorders, 4*, 362-371.

Costa, P. T., & Widiger, T. A. (Eds.). (1994). *Personality Disorders and The Five Factor Model of Personality.* Washington, DC: A.P.A.

D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem-Solving Therapy: A Social Competence Approach to clinical intervention* (2nd edition). New York: Springer.

Dafinoiu, I. (2002). *Personalitatea. Metode calitative de abordare: Observaţia şi interviul.* Iaşi: Polirom.

Dambort, F., & Reep, D. C. (1993) Overview of feminist therapy: a treatment choice for contemporary women. *The Journal of Training and Practice in Professional Psychology, 7*, 10–25.

David, D., Holdevici, I., Szamoskozi, S., & Băban, A. (1998). *Psihoterapie şi hipnoterapie cognitiv-comportamentală.* Cluj-Napoca: Risoprint.

Davidson, C. G., & Neale, J. M. (1994). *Abnormal Psychology.* Sixth Edition. New York: John Wiley and Sons Inc.

De Jong, P., & Berg, I. K. (1998). *Interviewing for Solutions.* New York: Brook/Cole Publishers.

De Jong, P., & Miller, S. D. (1995). How to Interview for Client's Strengths. *Social Work, 40*(6), 729-736.

De Shazer, S. (1994). *Words were Originally Magic.* New York: W.W. Norton.

Dryden, W. (1993). *Individual therapy: a handbook.* Philadelphia: Open University Press.

Ehrlich, M. E., & Kratochwill, T. R. (2002). Behavioral Consultation and Therapy. In M. Hersen (Ed.), *Encyclopedia of psychotherapy.* New York: Elsevier Science.

Eichenbaum, L., & Orbach, S. (1983). *Understanding women: A feminist psychoanalytic approach.* New York: Basic Books.

Elkin, I. (1994). The NIHM Treatment of Depression Collaborative Research Program: where we began and where we are (pp. 114-139). In A. E. Bergin

and S. L. Garfield (4th Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* New York: Wiley.

Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In Ellis, A., and Grieger, R. (Eds.) (1997). *Handbook of rational-emotive therapy.* New York: Springer.

Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy.* New York: Birch Lane Press.

Ellis, A. (2001). *Feeling better, getting better, staying better.* Atascadero: Impact Publishers.

Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The Practice of Rational Emotive Therapy.* Second Edition. New York: Springer Publishing Company Inc.

Embretson, S. E. (1996). *The new rules of measurement in Psychological Assessment, 8,* 341-349.

Endicott, J., & Spitzer, R. L. (1979). Use of Research Diagnostic Criteria and Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia to Study Affective Disorders. *American Journal Psychiatry, 136,* 52-56.

English, F. (2005). A summary of Transactional Analysis – Concepts I use. *Transactional Analysis Journal,* Jan., *35*(1).

Enns, C. Z. (1993). Twenty years of feminist counseling and therapy: From naming biases to implementing multifaceted practice. *Counseling Psychologist, 21,* 3-87.

Enns, C. Z. (1997). *Feminist theories and feminist psythoterapies: Origins, themes, and variations.* New York: Haworth.

Evans, K. M., Kincade, E. A., Marbley, A. F., & Seem, S. R. (2005). Feminism and feminist therapy: Lessons from the past hopes for the future. *Journal of Counselling and Development, 83,* 269-277.

Ewen, R. B. (1992). *An Introduction to Theories of Personality.* Fourth edition. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system. Basic Foundations. Volume 1.* (3rd. ed.). New York: Wiley.

Exner, J. E., & Erdberg, P. (2005). *The Rorschach: A Comprehensive System. Volume 2. Advanced Interpretation.* (3rd. Ed.). New York: Wiley.

Eysenck, H. J. (1987). The definition of personality disorders and the criteria appropriate for their description. *Journal of Personality Disorders, 1,* 211-219.

Fabry, J., Bulka, R., & Sahakian, W. (Eds.) (1995). *Finding Meaning in Life: Logotherapy.* London: Aronson.

Fassinger, R. E. (1997, August). *Dangerous liaisons: Reflections on feminist mentoring.* Invited "Woman of the Year" Award address presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Chicago, IL.

Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Wooddruff, R. A., Winokur, G., & Munoz, G. (1972). Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Archives of General Psychiatry, 26,* 57-62.

Feminist Therapy Institute (1987). *Feminist therapy code of ethics*. Denver, CO: Feminist Therapy Institute, Inc.

Filimon, L. (2002). *Experienţa depresivă: perspective socio-culturale*. Cluj-Napoca: Editura Dacia.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williamn, J. B. W., & Smith Benjamin, L. (1997). *Interviul Clinic structurat pentru Tulburările Clinice de pe Axa II a DSM*. Adaptare în limba română David, D. (coordonator). (2007). Cluj-Napoca: Editura RTS.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williamn, J. B. W. (1997). *Interviul Clinic structurat pentru Tulburările Clinice de pe Axa I a DSM – Versiunea Cercetare*. Adaptare în limba română David, D. (coordonator). (2007). Cluj-Napoca: Editura RTS.

Fischer, J., & Corcoran, K. (2007). *Measures for Clinical Practice and Research. A Sourcebook. (Volume I. Couples, Families and Children. Volume II Adults)*. New York: Oxford University Press.

Forman, S. G. (1982). Stress management for teachers: A cognitive-behavioral program. *Journal of School Psychology, 20*, 180-187.

Forman, S. G. (1990). Rational-emotive therapy: Contributions to teacher stress management. *School Psychology Review, 19*, 315-321.

Forsyth, J. P., & Sabsevitz, J. (2002). Behavior Therapy: Historical Perspective and Overview. In M. Hersen (Ed.), *Encyclopedia of psychotherapy*. New York: Elsevier Science.

Frankl, V. (1967). *Psychotherapy and Existentialism*. Washington: Square Press.

Frankl, V. (1978). *The Unheard Cry for Meaning*. New York: Simon and Schuster.

Fransella, F. (1995). *George Kelly*. London: Sage.

Freud, S. (1980). Prelegeri de psihanaliză. In S. Freud. *Introducere în psihanaliză; Prelegeri de psihanaliză; Psihopatologia vieţii cotidiene*. Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

Freud, S. (1993). *Autobiografie*. Bucureşti: Editura Ştiinţifică.

Freud, S. (1994). *Interpretarea viselor*. Bucureşti: Editura Ştiinţifică.

Fuhriman, A., & Burlingame, G. M. (1994). Group psychotherapy: Research and practice. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Eds.), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis* (pp. 3-40). New York: Wiley.

Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (1999). *Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research*. Ohio: Sage.

Goglează, D. (2002). *Psihoterapia ca relaţie a schimbării individuale*. Iaşi: Polirom.

Goldman, H. H., Skodol, A. E., & Lave, T. R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry, 149*, 1148-1156.

Goodrich, T. J., Rampage, C., Ellman, B., & Halstead, K. (1988). *Feminist family therapy: A casebook*. New York: Norton.

Goulding, M. M., & Goulding, R. L. (1997). *Changing lives through redecision therapy.* (Rev. Ed.). New York: Grove/Atlantic Press.

Gray-Little, B. (1995). The assessment of psychopathology in racial and ethnic minorities (pp. 140-157). In J. N. Butcher (Ed.) *Clinical personality assessment.* New York: Oxford University Press.

Gray-Little, B., & Kaplan, D. (1999). Interpretation of Psychological Tests in Clinical and Forensic Evaluation (pp. 141-178). In J. Sandoval, C. L. Frisby, K. F. Geisinger, J. D. Scheuneman, and J. R. Grenier. (Eds.). *Test Interpretation and Diversity Achieving Equity in Assessment.* Washington, DC: American Psychological Association.

Greenspan, M. (1983). *A new approach to women and therapy.* New York: McGraw-Hill.

Greenspan, M. (1993). *A new approach to women and therapy* (2nd ed). Bradenton, FL: Human Services Institute.

Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of Psychological Assessment* (4th Ed.). New-York: Wiley.

Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of Psychological Assessment* (9th Ed.). New York: Wiley.

Gunderson, J. G., Phillips, K. A., Triebwasser, J., & Hirschfeld, R. M. A. (1994). The diagnostic interview for depressive personality. *American Journal of Psychiatry, 151,* 1300-1304.

Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy.* New York: Grune & Straton Inc.

Hayden, M. (1986). Psychoanalytic resources for the activist feminist therapist. *Women and Therapy, 5,* 89-94.

Heinssen, R. K., Levendusky, P. G., & Hunter, R. H. (1995). Client as colleague: Therapeutic contracting with the seriously mentally ill. *American Psychologist, 50*(7), 522-532.

Henle, M. (1978). Gestalt Psychology and Gestalt Therapy. *Journal of the History of Behavioural Sciences, 14,* 23-32.

Herndon, J. N. (2001). *Personalized Depression Therapy (PTD).* Phoenix, Az.: Vallis Solaris Press.

Heron, C. (1996). *The Relaxation Therapy Manual.* Bicester, Oxon: Winslow Press.

Hersen, M. (2004). Psychological Assessment in Clinical Practice - A Pragmatic Guide. New York: Bruner Routledge.

Hien, D., Matzner, F., First, M. B., Spitzer, R. L., Williamn, J. B. W., & Gibbon, M. (1994, 1998, 2004). *Interviul Clinic structurat pentru Tulburările Clinice ale Sugarului, Copilului şi Adolescentului.* Adaptare în limba română David, D. (coord.). (2007). Cluj-Napoca: Editura RTS.

Hiller, W., Zaudig, M., & Mombour, W. (1996). *IDCL – International Diagnostic Checklists for ICD-10 and DSM-IV.* Gottingen: Hogrefe & Huber Publ.

Holdevici, I. (1998). *Elemente de psihoterapie.* Bucureşti: Editura All.

Holdevici, I., & Vasilescu, I. P. (1993). *Psihoterapia - un tratament fără medicamente*. Bucureşti: Editura Ceres.

Horney, K. (1966). *New ways in psychoanalysis*. New York: Norton.

Horney, K. (1995). *Direcţii noi în psihanaliză*. Bucureşti: Editura Univers Enciclopedic.

Horney, K. (1996). *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*. Bucureşti: Editura I.R.I.

Hoyt, M. F. (2000). Cognitive-behavioural treatment of post-traumatic stress disorder from a narrative constructivist perspective: A conversation with Donald Meichenbaum. In M. Scott & S. Palmer (Eds.), *Trauma and post-traumatic stress disorder* (pp. 49–69). London: Cassell.

Huber, W. (1997). *Psihoterapiile*. Bucureşti: Editura Ştiinţifică şi Tehnică.

Ingram, R. E., & Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: implications of an information process in perspective. In E. Ingram (Eds.), *Information Procesing Approaches to Clinical Psychology*. Orlando: Academic Press.

Ionescu, G. (1990). *Psihoterapie*. Bucureşti: Editura Ştiinţifică.

Jakubowski, P. A. (1977). Assertion training for women. In E. I. Rawlings & D. K. Carter (Eds.), *Psychotherapy for women*. (pp. 147-190). Springfield, IL: Thomas.

Joyce, A., Piper, W., & Ogrodniczuk, J. (2007). Therapeutic Alliance and Cohesion Variables as Predictors of Outcome in Short-Term Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 57*(3), 269-297.

Joyce, R. M. (1995). Rational-Emotive Parent Consultation. *School Psychology Review, 19*(3), 304-314.

Kahler, T. (1979). *Transactional Analysis revisited: Scripting, Treatment and Communication techniques*. Little Rock: Human Development Publications.

Kanas, N. (2005). Group Therapy for Patients with Chronic Trauma-Related Stress Disorders. *International Journal of Group Psychotherapy*, *55*(1), 161-166.

Kanas, N. (2006). Long-Term Psychodynamic Group Therapy for Patients with Personality Disorders. *International Journal of Group Psychotherapy, 56*(2), 245-251.

Kazdin, A. E. (1994). *Behavior Modification. In Applied Settings*. Fifthe Editions. New York: Cengage Leaning.

Kazdin, A. E. (2002). Applied Behavior Analysis. In M. Hersen (Ed.), *Encyclopedia of psychotherapy*. New York: Elsevier Science.

Kenny, V. (1984 a). An Introduction to the Personal Construct Psychology of George A. Kelly. *The Irish Journal of Psychoterapy*, *3*(1), March.

Kenny, V. (1984 b). The Psychological Reconstruction of Life: An Introduction to Personal Construct Psychoterapy. *The Irish Journal of Psychoterapy*, *3*(3), October.

Kleinke, C. L. (1994). *Common Principles of Psychoterapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.

Knaus, W. J. (1974). *Rational-Emotive Education: A Manual for Elementary School Teachers*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

Knaus, W. J. (2004). Rational emotive education: Trends and directions. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 1*(4), 9-23.

Knaus, W. J., & Eyman, W. (1974). Progress in rational-emotive education. *Rational Living, 2*, 27-29.

Kris, A. O. (2002). Free Association. In M. Hersen (Ed.), *Encyclopedia of psychotherapy*. New York: Elsevier Science.

Kyriacou, C. (2001). Teacher Stress: directions for future research. *Educational Review, 53*(1), 27-35.

La Bruzza, A. L., & Mendez-Villarrubia, J. M. (1999). *Using DSM-IV*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Lane, R. C., & Harris, M. (2002). Dreams, Use in Psychotherapy. In M. Hersen (Ed.), *Encyclopedia of psychotherapy*. New York: Elsevier Science.

Lassus, R. (2000). *Analiza tranzacţională*. Bucureşti: Editura Teora.

Latner, J. (1992). The Theory of Gestalt Therapy. In E. C. Nevis (Ed.) *Gestalt Therapy. Perspectives and Applications*. Cleveland: Gestalt Institute of Cleveland Press.

Lemma, A. (2003). *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy*. Chichester, West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.

Lindsay, S. E., & Powell, G. E. (1994). *The Handbook of Clinical Adult Psychology*. Second Edition. London: Routledge.

Loffredo, D. A., Harrington, R., Munoz, M. K., & Knowles, L. R. (2004). The ego state questionnaire-Revisted. *Transactional Analysis Journal, 34*, 90-95.

Lorentzen, S., Bogwald, K., & Hoglend, P. (2002). Change during and after long-term analytic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 52*(3), 419-429.

Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy*. New York: Basic Books, Inc.

Lynch, J. J. (1977). *The broken heart: The medical consequences of loneliness*. New York: Basic Books.

Maag, J. W. (2008). Rational-Emotive Therapy to Help Teachers Control Their Emotions and Behavior When Dealing With Disagreeable Students. *Intervention in School and Clinic, 44*(1), 52-57.

MacKenzie, K. R. (Ed.). (1992). *Classics in group psychotherapy*. New York: Guildford.

Marian, M. (2004 a). *Introducere în psihologia clinică*. Oradea: Editura Universităţii din Oradea.

Marian, M. (2004 b). Terapia comportamental-cognitivă. In M. Marian (Coord.). *Psihoterapii. Teorii, metode, intervenţie.* Oradea: Editura Universităţii din Oradea.

Marian, M. (2008). *Corelate psihologice ale neajutorării învăţate. Teză de doctorat.* Cluj-Napoca: UBB.

Marian, M., & Popa, S. (2002). Teoriile cognitive ale depresiei. Implicaţiile acestora în consiliere. *Analele Universităţii din Oradea,* Fascicula Psihologie, *I,* 141-151.

Marian, M., & Roşeanu, G. (2003). Modificarea comportamentului şi restructurarea cognitivă în grupul terapeutic la copii. *Analele Universităţii din Oradea,* Fascicula Psihologie, *IV,* Octombrie, 156-171.

Marian, M., Drugaş, M., & Roşeanu, G. (2005). *Perspective psihologice asupra sănătăţii şi bolii.* Oradea: Editura Universităţii din Oradea.

Masson, J. M. (1988). *Against therapy: Emotional tyranny and the myth of psychological healing.* New York: Atheneum.

May, R. (1953). *Man's Search for Himself.* New York: Norton.

May, R. (1977). *The meaning of anxiety.* New York: Norton.

McAdams, D., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A., & Bowman, P. (2001). When bad things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narrative, and their relation to psychosocial adaptation in midlife adults and in students. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27,* 472-483.

McDermut, W., Miller, I. W., & Brown, R. A. (2001). The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: A Meta-analysis and Review of the Empirical Research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(1), 98-116.

McKay, D., & Tryon, W. W. (2002). Behavior Therapy: Theoretical Bases. In M. Hersen (Ed.), *Encyclopedia of psychotherapy.* New York: Elsevier Science.

McKenzie, K. R. (1997). *Time Managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Applications.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A metaanalytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 2*(2), 101-117.

Mearns, D., & Thorne, B. (1998). *Person-centered Counselling in Action.* London: Sage.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum.

Meichenbaum, D. (1992). Evolution of cognitive behavior therapy: Origins, tenets, and clinical examples. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The second conference* (pp. 114–128). New York: Brunner/Mazel.

Meichenbaum, D. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *Clinical Psychologist, 49,* 4–7.

Meissner, W. W. (2002). Confrontation. In M. Hersen (Ed.), *Encyclopedia of psychotherapy*. New York: Elsevier Science.

Miller, S. D., Hubble, M. A., & Duncan, B. L. (1996). *The Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Minsky, R. (1997). *Psychoanalysis and gender: An introductory reader.* London: Routledge.

Miroiu, M. (2003). *Note de curs.* Cluj Napoca: UBB.

Mitrofan, I. (Coord.) (2000). *Orientarea Experienţială în Psihoterapie.* Bucureşti: Editura S.P.E.R.

Montgomery, C. (2002). Role of dynamic group therapy in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment, 8*(1), 34-41.

Moradi, B., Fisher, A. R., Hill, M. S., Jome, L. M., & Blum, S. A. (2000). Does „feminist" plus „therapist" equal „feminist therapist"? An empirical investigation of the link between self-labeling and behaviors. *Psychology of Women Quarterly, 24,* 285-296.

Morrison, J. (2007). *Diagnosis Made Easier: Principles and Techniques for Mental Health Clinicians.* New York: Guilford Press.

Munson, C. E. (2000). *The Mental Health Diagnostic Desk Reference: Visual Guides and More for Learning to Use the Diagnostic and Statistical Manual.* Hawthorn, NY: Binghampton.

Olea, M. (1997). Anxietatea - perspective teoretice. *Analele Universităţii din Oradea. Psihologie-Pedagogie-Metodică, Tom I,* 40-45.

Orlinsky, D. E., Grave, K., & Parks, B. K. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* (4th Edition). New York: Wiley.

Ornish, D. (1998). *Love and Survival.* New York: Harper Collins.

Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving „unfinished business": Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 419-425.

Perez-Nieves, L. (2001). A comparative study of REBT/parent training versus parent trainining with Hispanic parents of exceptional preschoolers. *Dissertation Abstracts International, 62*(4-B), 2044.

Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim.* Lafayette, CA: Real People Press.

Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality.* Harmondsworth: Penguin Books.

Piper, W. E., & Joyce, A. S. (1996). A consideration of factors influencing the utilization of time-limited, short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 46*(3), 211-328.

Plante, G. Th. (2005). *Contemporary Clinical Psychology. Second Edition.* New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Proshaska, J. O., & Norcross, J. C. (1994). *Systems at psychotherapy: a transtheoretical analysis.* New York: Cole Publishing Company.

Prutianu, Ş. (2000). *Manual de comunicare şi negociere în afaceri.* Iaşi: Polirom.

Pruzek, R. T. (2000). *Relationship among parent self-efficacy, children's foundations for achievement, children's habits of the mind and academic achievement.* Unpublished Master's Thesis. Long Beach: California State University.

Rader, J., & Gilbert, L. A. (2005). The egalitarian relationship in feminist therapy. *Psychology of Women Quarterly, 29,* 427-435.

Raskin, D. E., & Klein, Z. E. (1976). Losing a symptom through keeping it. A review of paradoxical treatment techniques and rationale. *Archives of General Psychiatry, 33,* 548-555.

Remer, P., & Worrell, J. (1992). *Feminist perspectives in therapy: an empowerment model for women.* Chichester: Wiley.

Richard, D. C. S., & Haynes, S. N. (2002). Behavioral Assessment. In M. Hersen (Ed.), *Encyclopedia of psychotherapy.* New York: Elsevier Science.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry, 38,* 381-389.

Rogers, C. R. (2002). *Client centered therapy.* London: Constable.

Rorschach, H. (2000). *Manual de psihodiagnostic. Testul Rorschach. Metoda şi rezultatele unui experiment diagnostic al percepţiei. Interpretarea liberă a formelor fortuite.* Bucureşti: Editura Trei.

Ryckman, R. M. (2000). *Theories psychology of personality.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Sartorius, N., & Üstün, T. B. (1995). *Mixed anxiety and depressive disorder in Psychopathology, 18*(Suppl. 1), 21-25.

Sayers, S., L., & Tomchot, T. J. (2006). Behavioral interviewing. In M. Hersen (Ed.). *Clinician's Handbook of Adult. Behavioral Assessment.* New York: Elsevier Academic Press.

Schiffman, M. (1971). *Gestalt self therapy.* Menlo Park, CA: Self Therapy Press.

Sdorow, L. M. (1993). *Psychology.* Second Edition. Dubuque, Iowa: Brown and Benchmark.

Seligman, E. M. P., Peterson, C., & Maier, F. S. (1993). *Learned Helplessness. A Theory for the Age of Personal Control.* New York: Oxford University Press.

Seligman, M. E. P. (2004). *Optimismul se învaţă.* Bucureşti: Editura Humanitas.

Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology, 88*(3), 242-247.

Sholomskas, D. E. (1990). Interviewing Methods. In B. B. Wolmann, and G. Stricker (Eds.). *Depressive Disorders: Facts, Theories and Treatment Methods* (pp. 231-247). New York: Wiley.

Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2004). *Counselling and Psychotherapy in Context and Practice, Skills, Strategies and Techniques.* New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Sonnenberg, S. M., & Ursano, R. J. (2002). Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy: Technique. In M. Hersen (Ed.), *Encyclopedia of psychotherapy*. New York: Elsevier Science.

Spiegler, M., D., & Guevremont, D. C. (2002). *Contemporary Behavior Therapy* (3rd Edition). Pacific Grove: Brooks/Cole.

Spitzer, R. I., Endicott, J., & Robins, E. (1978). *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders*. (3rd ed.). New York: New York State Psychiatric Institute.

Stein, H. T., & Edwards, M. E. (2002). Adlerian Psychotherapy. In M. Hersen (Ed.), *Encyclopedia of psychotherapy*. New York: Elsevier Science.

Stewart, I. A., & Joines, V. (1987). *T. A. Today: A New Introduction to Transactional Analysis*. Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publishing.

Strickland, B. (2001). *The Gale Encyclopedia of Psychology. Second Edition.* Ohio: Library of Congress Cataloging in Publication Data.

Sturdivant, S. (1980). *Therapy With Women.* New York: Springer.

Suzuki, L. A.; Meller, P. J., & Ponterotto, J. G. (Eds.) (1996). *Handbook of multicultural assessment: Clinical, psychological and educational applications*. San Francisco: Jossey-Bass.

Thetford, W. N. (1948). The measurement of physiological responses to frustration before and after nondirective psychotherapy. *American Psychologist, 3*, 278. (Abstract of Ph.D. thesis).

Trip, S. (2007). *Educaţie raţional - emotivă şi comportamentală. Formarea deprinderilor de gândire raţională la copii şi adolescenţi.* Oradea: Editura Universităţii din Oradea.

Tucker-Ladd, C. E. (1996). *Psychological Self-Help.* San Francisco: The Self-Help Foundation.

van Deurzen-Smith, E. (1988). *Existential Counselling In Practice.* New York: Sage.

Vernon, A. (1990). The school psychologist's role in preventive education: Applications of rational-emotive education. *School Psychology Review, 19*(3), 322-330.

Vernon, A. (2004). Rational emotive education. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 1*(4), 23-39.

Vernon, A. (2006). *Dezvoltarea inteligenţei emoţionale. Educaţie raţional emotivă şi comportamentală - clasele V-VII.* Cluj-Napoca: Editura ASCR.

Walen, R. S., DiGiuseppe, R., & Dryden, W. (1992). *A Practitioner's Guide to Rational Emotive Therapy* (2nd edition). New York: Oxford University Press.

Walter, J. L., & Peller, J. E. (1992). *Becoming Solution-Focused in Brief Therapy*. New York: Brunner / Mazel.

Watter, N. D. (1988). Rational-Emotive Education: A Review of The Literature. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 6*(3), 139-145.

Weeks, G., & L'Abate, L. (1982). *Paradoxical psychotherapy.* New York: Brunner.

Wolberg, L. R. (1995). *The technique of psychotherapy* (4th Rev. ed.). New York: Grune & Stratton.

Wong, P., & Fry, P. (1998). *The Human Quest for Meaning,* New York: LEA.

Woolfe, R., & Dryden, N. (1996). *Handbook of Counselling Psychology.* New York: Sage Publications.

Worell, J. (2001). Feminist interventions: Accountability beyond symptom reduction. *Psychology of Women Quarterly, 25,* 335–343.

Worell, J., & Johnson, D. M. (2001). Feminist approaches to psychotherapy. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender* (pp. 425–437). New York: Academic Press.

Worell, J., & Johnson, N. G. (1997). Introduction: Creating the future: Process and promise in feminist practice. In J. Worell & N. G. Johnson (Eds.), *Shaping the future of feminist psychology: Education, research and practice* (pp. 1–14). Washington, DC: American Psychological Press.

Worell, J., & Remer, P. (1992). *Feminist perspectives in therapy: An empowerment model for women.* Chichester, England: Wiley.

Worell, J., & Remer, P. (2003). *Feminist perspectives in therapy: Empowering diverse women* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Description and diagnostic Guidelines.* Geneva.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy.* New York: Basic Books.

Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5th Edition). New York: Basic Books.

Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd edition).* Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Young, J. E., & Klosko, J. S. (1993). *Reinventing your life: the breakthough program to end negative behavior and feel great again.* New York: Plume Books.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide.* New York: Guilford Publications.

www.testcentral.ro accesat în 20.12. 2010

www.psychotherapy.ro accesat în 17.12.2010